

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2012

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
П. А. Понизовский
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
Pavel Ponizovskiy
Vladimir Prokudin

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

Сдано в набор 11.09.2012. Подписано в печать 25.09.2012. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2012-03-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
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544.

СОДЕРЖАНИЕ

100-летие утверждения нозологического направления в отечественной психиатрии — “Клинические лекции о душевных болезнях” А. Н. Бернштейна	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Человек, психика, психическое расстройство — Б. А. Воскресенский	8
Духовный смысл категорий пространства и времени — проф. – священник Георгий Кочетков	16
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Шизофрения или эндогенная анестетическая депрессия? — ведущий проф. М. Е. Бурно, врач-докладчик С. Ю. Савенко	20
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Якоб Клези (Берн) — Психиатрическая больница как путь к возврату в жизнь.	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Успеть за 48 часов (Европейский Суд по правам человека внес коррективы в процедуру недобровольной госпитализации) — Ю. Н. Аргунова	41
Обязана ли психиатрическая больница извещать диспансер о выписанном пациенте? — Ю. Н. Аргунова	45
Может ли быть ограничено право пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, на ежедневную прогулку? — А. Г. Устинов	48
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права (2012, 2) — В. В. Мотов (Тамбов)	50
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Новый способ запугивания инакомыслящих	58
Возмущение растет. Открытое письмо о психологической экспертизе	61
Заключение специалиста как предмет этического разбирательства	62
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
Не “или — или”, а “и — и”. — Б. Н. Пивень (Барнаул).	68
О патопсихологической структуре маниакальных состояний — Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)	70
Неуместное направление усилий. Ответ Петру Морозову.	73
О психиатрической синдромологии, зоопсихотерапии и др. темах Вестника НПА 2012,2 — В. Г. Остроглазов.	77
ХРОНИКА	
Что нового предлагает новый министр здравоохранения медицинскому сообществу?.	81
Реализуема ли статья 38 Закона о психиатрической помощи?	81
Конституционный Суд РФ признал действующий институт недееспособности неконституционным	82
Судебный процесс против Гражданской комиссии по правам человека в Санкт-Петербурге. . . .	83
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Джузеппе Джоакомо Белли — Из “Римских сонетов”	84
НЕКРОЛОГ	
Томас Стефен Сас (Thomas SZASZ)	85
РЕКОМЕНДАЦИИ	87
АННОТАЦИИ	88

CONTENTS

100th anniversary of the approval of nosological area in Russian psychiatry — “Clinical lectures on mental illness” A. N. Bernshtein	5	
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY		
Man, mind, mental disorder — B. A. Voskressensky	8	
The spiritual meaning of the categories of space and time — prof. – Priest George Kochetkov	16	
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE		
Schizophrenia or endogenous anesthetic depression? — Prof. M. E. Burno, S. Yu. Savenko.	20	
FROM THE CLASSIC HERITAGE		
Jacob Klaesi (Bern) — Psychiatric hospital as a way to come back to life	33	
PSYCHIATRY AND LAW		
To catch in 48 hours (the European Court for Human Rights has made adjustments to the procedure of involuntary hospitalization) — Yu. N. Argunova	41	
Weather psychiatric hospital must inform dispensary on discharged patients? — Yu. N. Argunova.	45	
Can the rights of patients in psychiatric hospitals to a daily walk be limited? — A. G. Ustinov.	48	
FORENSIC PSYCHIATRY		
Review of selected publications of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law (2012, 2) — V. V. Motov (Tambov)	50	
FROM AN EXPERT’S DOSSIER		
A new way to intimidate dissidents	58	
Outrage grows. Open letter to the psychological examination	61	
Conclusion as a matter of professional ethics proceedings	62	
REVIEWS AND COMMENTS		
Not “either — or” but “and — and.” — B. N. Piven (Barnaul)	68	
About pathopsychological structure of mania — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk, Ukraine)	70	
Improper direction of efforts. Response to Peter Morozov	73	
On psychiatric syndromology, zoopsychotherapy and other topics of IPA Journal 2012,2 — V. G. Ostroglazov	77	
CHRONICLE		
What new does the new Health Minister offer to medical community?	81	
Whether the Article 38 of the Law on Psychiatric Care is realizable?	81	
The Russian Constitutional Court has recognized an institute of legal incapacity unconstitutional	82	
The trial against the Civil Commission for Human Rights in St. Petersburg	83	
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY		
Dzhoakomo Giuseppe Belli — From “Roman Sonnets”.	84	
OBITUARY		
Thomas SZASZ.	85	
RECOMMENDATIONS		87
ABSTRACTS		88

100-летие
окончательного утверждения нозологического направления
в отечественной психиатрии —
“Клинические лекции о душевных болезнях”
Александра Николаевича Бернштейна



1870 – 1922

Именно Александру Николаевичу Бернштейну отечественная психиатрия обязана окончательным утверждением нозологического направления в отечественной психиатрии. Последний из ближайших учеников С. С. Корсакова, он первым в России в полной мере оценил, воспринял и активно пропагандировал идеи Э. Крепелина, в клинике которого работал в 1895 и 1902 годах. Благодаря именно его активной лекторской деятельности, нозологическое направление стало у нас общепринятым. Этот факт до сих пор по большей части замалчивался, вопреки свидетельствам Ю. В. Каннабиха и Т. И. Юдина. Хорошо известно, что В. П. Сербский был, по словам самого Крепелина, его наиболее жестким оппонентом. Правда, с 1906 года сторонником Крепелина стал и П. Б. Ганнушкин.

Одновременно с учебой на медицинском факультете Московского университета, Александр Николаевич работал в нейрогистологической лаборатории в клинике нервных болезней проф. Л. О. Даркшевича, с 1892 по 1902 гг. — в психиатрической клинике Московского университета ординатором, а затем ассистентом под непосредственным руководством С. С. Корсакова и А. А. Токарского (в психологической лаборатории), в 1895 г. он знакомился с организацией психиатрических больниц в Австрии, Германии, Франции и Швейцарии и прослушал в Гейдельберге курсы лекций Крепелина, Эрба и Куно

Фишера о философии Канта. В 1901 году защитил диссертацию о значении мышечного валика и возглавил психологическую лабораторию клиники (с 1907 года ее руководителем стал Ф. Е. Рыбаков). С 1902 г. — приват-доцент клиники. В 1902 г. посещает психологические лаборатории Вундта, Эббингауза, Крепелина, Зоммера и Бонгеффера, лекции Зоммера и Вернике, после чего приступает к чтению самостоятельного курса психологии с практическими занятиями до 1905 г.

В 1899 г. Бернштейн по рекомендации С. С. Корсакова и предложению городской управы организует и руководит до 1921 г. Центральным полицейским приемным покоем для душевных больных. Это учреждение было создано “для психических больных, замеченных полицией на улице в беспомощном состоянии, больных из гостиниц, меблированных комнат и больных, лишенных возможности поступить в городские больницы”. Сначала в нем находилось около 50 больных мужчин и женщин, а в дальнейшем — свыше 1000 больных в год. Здесь, усилиями А. Н. Бернштейна, царил гуманный дух. Александр Николаевич поднял это учреждение на высоту клиники, организовал патологоанатомическую, биохимическую и психологическую лаборатории, превратил в крупное лечебное и научно-педагогическое заведение, аффилированное с Московским университетом, с постоянными курсами клинических лекций, с практическими занятиями для врачей и студентов, которые он читал, начиная с 1903 г. В 1907 – 1908 и 1909 – 1910 эти курсы усовершенствования были устроены по типу мюнхенских. Лекции Бернштейна всегда привлекали большое количество земских врачей со всей России. И после революции его лекции слушали стоя в голодной и холодной Москве. Еще в 1905 году А. Н. выступил одним из инициаторов Педологических курсов при Московском педагогическом собрании, при котором открыл в 1908 году психологическую лабораторию (издавшую 2 выпуска трудов в 1909, 1911), которой руководил до 1912 г., читая лекции и на этой базе. В 1906 — 1916 гг. А. Н. участвовал в организации Всероссийского съезда по педагогической психологии и экспериментальной педагогике. Разрабатывал программы и методики исследования личности и интеллекта.

В 1917 г. Февральская революция вернула В. П. Сербского на его место заведующего кафедрой психиатрии Московского университета, которую он

покинул в 1911 в знак протеста против реформы Кассо, но как раз в это время он скончался. В мае 1918 г. из двух претендентов на вакантное место — Бернштейна и Ганнушкина — первый имел неоспоримые преимущества, но при голосовании в Ученом Совете прозвучало слово “жид”. Голосовавшие не подозревали, что выбирать им не из чего. И впоследствии, на протяжении советской власти, даже после смерти, Бернштейну, видимо, очень мешала его фамилия: бернштейнианство было самым страшным обвинением.

В 1921 году Центральный приемный покой — эта выдающаяся и необходимая организационная структура — детище Бернштейна — была ликвидирована, и на ее базе был организован Институт судебной психиатрии. Парадоксальным, а может быть закономерным образом, потеряв в своем наименовании определение “полицейский”, новое учреждение быстро превратилось в таковое по существу.

С марта 1920 года А. Н. Бернштейн вместе с Ф. Е. Рыбаковым¹ и В. В. Крамером — организатор Московского психоневрологического института (16 марта 1920 г.), и в 1920 – 1922 гг. — его директор. Он разработал широкий план развития научной деятельности института и подготовил открытие клиник в обширном помещении “Вдовьего дома” (современное здание Центрального института усовершенствования врачей).

С 1920 г. заведует научным отделом Академического центра наркомпроса. С 1921 г. — профессор общей психопатологии и медицинской психологии 1 МГУ.

А. Н. Бернштейн, также как В. П. Сербский, Ф. Е. Рыбаков, С. Я. Любимов с интересом относился к психоанализу. Еще в 1909 г. он включил в программу своих знаменитых курсов усовершенствования курс лекций Н. А. Вырубова “Психоаналитический метод в изучении и терапии психоневрозов”. При организации института психиатрии, он сотрудничал с И. Д. Ермаковым, содействуя организации отдела психологии, который тот возглавил, а в 1921 г. Детского дома-лаборатории “Международная солидарность” с целью выяснения психоаналитических механизмов формирования неврозов и антисоциального поведения. Однако ученая коллегия института в феврале 1922 г. отчислила это учреждение, как “не соответствующее научным задачам института”².

Бернштейн явился инициатором и основателем “Журнала психологии, неврологии и психиатрии” (1911 – 1914) и, вместе с П. Б. Ганнушкиным, журна-

ла “Современная психиатрия” (1907 — 1911), на протяжении многих лет он входил в редакцию “Журнала невропатологии и психиатрии им. Корсакова”, “Психотерапия” (1910 – 1914) и “Вопросы философии и психологии”. Кроме четырех монографий, ему принадлежит более 50 научных работ, многие из которых публиковались в Германии и Франции.

В своих “Клинических лекциях о душевных болезнях” Бернштейн подчеркивал, что “установление неразрывной связи между диагностикой и прогностикой, между распознаванием и предсказанием, произвело коренной переворот в клиническом учении о душевных болезнях. Новая психиатрия сразу далеко шагнула вперед, обнаружив всё свое преимущество перед классической психиатрией с ее картинными диагнозами”. “Патогностическому выделению и клиническому определению подлежат не отдельные симптомокомплексы, не случайные клинические картины, а функциональные совокупности, законченные болезни с определенным патогенезом, течением и исходом”. “Только нозологическое понимание и изучение болезней способно сулить нам заманчивые обещания специфических лечебных воздействий”. Если раньше “почти каждый представитель психиатрической психиатрии придерживался своей собственной классификации душевных болезней”, то нозологическое направление — путь к единой классификации.

Выделение Dementia praecox — “преждевременное слабоумие” — рассматривалось А. Н. как символ самого нозологического направления. В своих клинических лекциях он с редкостным мастерством описывает на разбираемых больных симптомы шизофрении, прежде всего, кататонический синдром, и показывает, что разграничение отдельных форм этой болезни “более всего связано с возрастом”. В 18 – 26-летнем возрасте это гебефреническая, в 26 – 32-летнем — кататоническая, а после 32 лет — параноидная форма, и указывает, что они обычно переходят друг в друга. В самом начале полового созревания Бернштейн отмечал периоды квазициркулярности с кататоническими проявлениями и присоединяющимся впоследствии бредом, но хорошим выходом из психоза (1912).

Клинические и экспериментально-психологические работы Бернштейна объединяет проблема точного распознавания отдельных нозологических форм. Существенное в болезни он видит не в статусе, а в течении, которое приводит к определенным результатам. Он высказывает интересную мысль, что на почве хореи, как и прогрессивного паралича, могут появляться различные заболевания, окрашенные соответственно почве, на которой возникают. Описывает циркулярный дебют прогрессивного паралича, связь запоев с эпилепсией, случаи земледельства и т.д. Им впервые описан симптом “олигофазии” и указано его значение при эпилепсии. На основании анализа психической заболеваемости в период зимы 1905 – 1906 гг.

¹ Спустя менее месяца после вступления в должность директора института Ф. Е. Рыбаков умер.

² Нарком просвещения (институт первоначально был в ведении этого комиссариата) А. В. Луначарский отказался утвердить это решение (апрель 1922 г.), и в 1923 г. эта структура была преобразована в Государственный психоаналитический институт-лабораторию на базе института психиатрии, но в 1925 г. окончательно ликвидирована.

в Москве, он утверждает, что в революционные эпохи рост заболеваемости связан лишь с выявлением ее латентных форм. Он писал об особенностях военных психозов, возражая однако против их нозологической самостоятельности. Ряд его работ посвящен вопросам терапии: постельному содержанию душевнобольных, применению бромурала при психотерапии, влиянию углекислых ванн на циркулярную депрессию и т.д.

Однако его основные интересы были сосредоточены на психологических аспектах психиатрии. Разработав методику объективно-психологического обследования психически больных и проводя в духе Ф. Brentano резкое различие между формой и содержанием психических расстройств, “он поставил себе задачей отыскать для каждого из видов душевного расстройства, установленного школой Крепелина, особые чисто формальные нарушения душевной деятельности, которые укладывались бы в определенные формулы, могущие служить целям точной клинической диагностики” (Ю. В. Каннабих). Бернштейн сделал одну из первых попыток дать программу индивидуально-психологического исследования личности. (“Экспериментально-психологическая методика распознавания душевных болезней”, 1908; “Экспериментально-психологические схемы исследования интеллектуальных расстройств при душевных болезнях”, 1910; “Клинические приемы психологического исследования душевнобольных”, 1911), ставя во главу угла качественный анализ, ориентированный на нозологически характерное: **не результат, а механизм важен для понимания душевной жизни**, то, как в том или ином случае поступает больной. Этим и характеризуется выработанная им методика экспериментально-психологического исследования, представляющая широкую систему технически простых, оригинальных методов. Некоторые из них, например, метод определения “приметливости” (Merkfähigkeit) используется до настоящего времени (таблица с геометрическими фигурами). Из других его работ наиболее значителен вклад в психологию восприятия. Он

подчеркивал сложность даже элементарных процессов восприятия, искал их физиологические корреляты и постоянно выдвигал моторно-волевой момент в качестве наиболее существенного для квалификации и оценки воспринимаемого содержания.

Фундаментальным и по-прежнему очень актуальным остается его положение, что для психического расстройства важнее не “что”, а “как” в поведении.

*“Одинаковые результаты, оцениваемые одинаковым показателем времени, успешности и т.д. отнюдь не свидетельствуют об одинаковом механизме работы, и, наоборот, различные результаты вовсе не постулируют различия форм деятельности. Имея в виду уловление и определение последних, необходимо применение таких экспериментальных методов, которые давали бы нам доступ в самую психологическую лабораторию субъекта, вскрывали бы перед нами воочию подготовительные и деятельные механизмы психологической работы. Эти методы исследования я назвал бы **формулирующими**, в отличие от общепринятых **оценивающих**, ввиду того, что объектом их является не столько окончательный результат эксперимента, сколько тот путь, который привел к окончательному результату; целью исследования является не столько **quid** (что), сколько **quo modo** (каким образом); не **степень** расстройства, определяемая коэффициентом, а **схема расстройства**, проявленная механизмом функционирования, должна быть извлечена из экспериментального материала”.*

Бернштейн повлиял на формирование многих отечественных психиатров, среди его учеников — В. А. Гиляровский, Ю. В. Каннабих, Е. К. Краснушкин и др.

Вся семья Александра Николаевича, уплотненная в 20-е годы доктором И. Л. Гольдовской, была, по ее рассказам, гениальной. Это касается в первую очередь его сына — Николая Александровича Бернштейна, начинавшего свой путь из психиатрии и ставшего наиболее выдающимся нашим нейрофизиологом.

Человек, психика, психическое расстройство (Введение в общую психопатологию)¹

Б. А. Воскресенский

На основе трихотомической концепции человека (дух — душа — тело) формулируется понятие психического расстройства. Самостоятельная, несводимая к нейрональным структурам сущность психических (душевных) процессов обосновывается концепцией “естественного семантического метаязыка” Анны Вежбицкой. Обсуждаются варианты взаимоотношений компонентов трихотомии при психических расстройствах.

Ключевые слова: антропология, психика, психическое расстройство, дух, душа, тело, “естественный семантический метаязык” А. Вежбицкой

Психиатрия — наука о распознавании, лечении и предупреждении психических расстройств. В наши дни их важнейшими признаками считают социальную дезадаптацию, неадекватность переживаний и поведения, субъективно тягостное душевное состояние — страдание, неспособность к личностному росту и некоторые другие столь же расплывчатые характеристики. В специальных руководствах и учебниках подчеркивается, что в основе этих личностных и социальных феноменов должны лежать не просто те или иные общественные или личные коллизии, а проявления, не свойственные норме и оцениваемые как психические расстройства. Но само это понятие содер­жательно так и не раскрывается.

Эта неопределенность неслучайна. Понятие психического расстройства не есть изначальная данность. Оно постоянно изменялось — то расширялось, то сокращалось, то почти исчезало — в соответствии с преобладавшими в обществе воззрениями на бытие, психику, тело. Часть природы, единая, слитая с ней или осознанно ей противостоящая, Божье творение и сам за все ответственный творец, живой организм (механический, химико-физический, биологический с приоритетом борьбы за существование, электрический и электронный или же управляемый социокультурно) — все эти подходы превращались и в психиатрические теории.

Но прежде всего необходимо дать определение психики, “психического”. Однако эта задача неразрешима, ибо, как говорили в древности, сущность нашего ума ускользает от нас, как ускользает, добавим мы, возлюбленная в Песне Песней. “Человек как создатель духовных ценностей, как существо верующее и нравственное пребывает за пределами того, что доступно

эмпирическому исследованию” (К. Ясперс, с. 33). Но все же некоторые ориентиры могут быть намечены.

Антропологические (в широком смысле), культурно-исторические и психологические исследования позволяют полагать, что изначально человек был “первичноцелостным” (Б. В.). Тело и психика не разграничивались и в своем единстве не противопоставлялись окружающему миру все “было таким же, как человек”, и в этом контексте “было психическим”. Формулу такого панпсихизма находим у В. С. Соловьева: “Все имеет стремление выходить из себя и тем исключать другое. Это стремление есть психическое и поэтому все должно быть признано одушевленным”

Графически эти соотношения можно было бы представить как круг (это и есть человек) с размытой, расплывающейся в окружающем пространстве (сотов. — мире) линией окружности.

Но “Наш жалкий разум не в состоянии помыслить тело и дух как единое целое; вероятно, это и есть одно целое, мы просто не можем себе этого представить.” (К. Г. Юнг, курсив автора).

Поэтому для нашего современника естественным, а исторически свидетельствующим об усложнении психики, человека в целом представляется следующий этап — **дихотомия** — разделение целостного человека на тело и психику — схематически — две концентрические окружности — внутренняя — тело, наружная — психика.

Тело — это органы (сердце, легкие, желудок и т.д.) и системы органов (кровообращения, дыхания, пищеварения и т.д.) в их взаимодействии и взаимосвязи. Применительно к патологии это область соматической медицины — терапия, хирургия и все прочие “телесноориентированные” специальности.

Обособление психики влечет за собой ее пересомысливание. Соловьевская универсальная способность “выходить из себя” преобразуется в присущее именно психике стремление к Сверхбытию, к выхо-

¹ Глава из готовящегося к изданию учебника по психиатрии для студентов духовных учебных заведений (журнальный вариант).

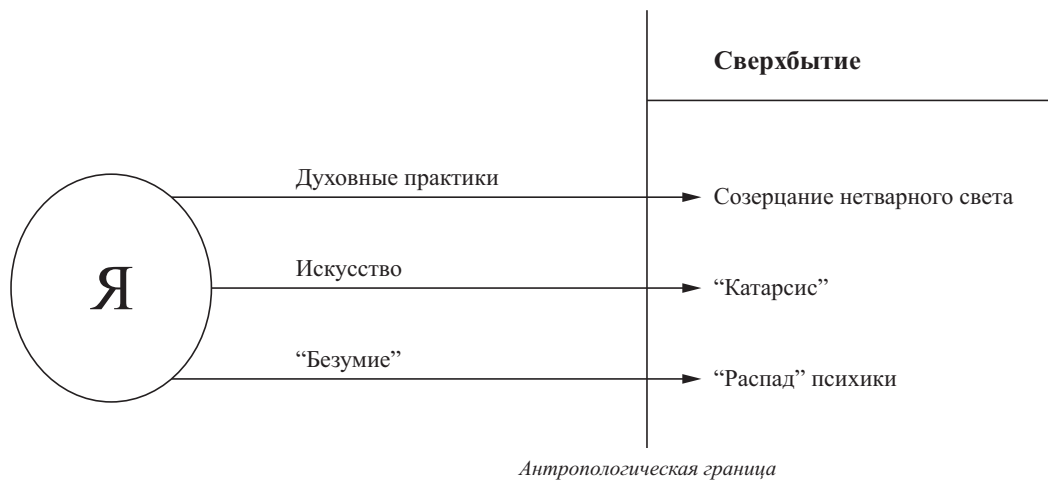


Схема 1. Направления самопревосхождения (по С. С. Хоружему, с изменениями)

ду за “антропологическую границу”, понимаемую не материально и не пространственно, а энергично и деятельно (здесь мы пользуемся концепциями С. С. Хоружего. Уточним, что на указанных в “Литературе” страницах они излагаются вне непосредственной связи с ди- и трихотомией). Это “самопревосхождение” (С. С. Хоружий) может осуществляться в разных направлениях: 1) к Богу (духовные практики), 2) в виртуальный опыт (позволим себе преобразовать эту позицию — применительно к нашим построениям — в опыт эстетического переживания, равно относимый и к художнику и к зрителю-слушателю-читателю), 3) в безумие (схема 1) В правой колонке схемы указаны состояния — результаты этих “переходов”.

“Безумие” трактуется С. С. Хоружим как философ достаточно широко. И действительно, при дихотомическом подходе неизбежны и неотразимы звучащие в адрес психиатрии обвинения в том, что она то покушается на самое сокровенное в человеке, на его личностную индивидуальность, то объявляет болезнью талант, альтруизм, служение идеям и идеалам, то отказывает в своем диагнозе закоренелому преступнику. Варианты могут меняться местами, проблема остается. Наверное, поэтому в дореволюционной отечественной публицистике находим упоминание о “естественной ненависти к психиатрам”. С другой стороны, в наши дни происходит “психиатризация” массового сознания. Психическая патология становится чуть ли не достоинством отдельной личности, полноценным компонентом культуры.

Преодолеть эти смещения позволяет **трихотомическая** концепция. Схема сохраняет ту же концентрическую архитектуру, что и при дихотомии — “тело” остается внутри, его понимание не изменяется, а психика дифференцируется на две составляющие. Таким образом схема складывается из 3 вписанных друг в друга окружностей.

Как “инструментами” телесной жизнедеятельности, физического существования являются внутрен-

ние органы, так психическая активность осуществляется при помощи своих особых “орудий труда” — восприятия, мышления, воли и т.д. Эти процессы образуют средний круг — **душа**, собственно психика, психические процессы.

Однако не они наполняют психическую деятельность, составляют ее содержание: “Душа как таковая не есть объект”, — (К. Ясперс, с. 33). Она объективируется благодаря осмысленным внешним проявлениям, — поясняет он далее. Так, например, восприятие — это всегда восприятие чего-то, того или иного раздражителя, объекта, предмета. Память фиксирует в себе определенные сведения, события, переживания. Эмоции возникают в связи (более или менее отчетливой) с какими-либо ситуациями, внутренними состояниями.

Эти содержания, смыслы, ценности образуют наружный, всеохватывающий круг — **дух**. Преобразование дихотомии — трихотомии не следует считать произвольной манипуляцией на бумаге. Оно являет собой новый этап развития психики, которая теперь наполняется осмысленной созидательной активностью, рефлексий (способностью смотреть на себя, на свои душевные и телесные процессы как бы со стороны), ценностным, этическим, эстетическим, гносеологическим, религиозным содержанием. В поэтически-образной форме этот процесс представлен в “Большой элегии Джону Донну” И. Бродского:

Нет, это я, твоя душа, Джон Донн.
Здесь я одна скорблю в небесной выси
о том, что создала своим трудом
тяжелые, как цепи, чувства, мысли.
Ты с этим грузом мог вершить полет
среди страстей, среди грехов и выше.
Ты птицей был и видел свой народ
повсюду, весь, взлетал над скатом крыши.
Ты видел все моря, весь дальний край.
И Ад ты зрел — в себе, а после — в яви:
Ты видел также явно светлый Рай
в печальнейшей — из всех страстей — оправе.

В христианском мирозерцании переход от дихотомии к трихотомии прослеживается при продвижении от Ветхого к Новому Завету. В Писании эти структуры, конечно, понимаются по-своему, но важнейшим является сам факт усложнения “психического”².

Трихотомию, разрабатываемую на этих страницах, мы определяем как клиническую, имея в виду, что она предназначена для решения специальных — медицинских — психиатрических лечебно-диагностических задач.

В отечественную психиатрию трихотомия введена классиком советской психиатрии Д. Е. Мелеховым (1899 – 1979). Определение классик здесь употреблено в самом возвышенном смысле. Д. Е. Мелехов внес значительный вклад в учение о проявлениях психических расстройств, он был одним из основоположников социальной психиатрии в нашей стране. В память о нем на здании Московского Института психиатрии, директором которого он был в течение многих лет, установлена мемориальная доска. В воспоминаниях диссидентов, так или иначе сталкивавшихся с психиатрией, подчеркивается, что при решении диагностических вопросов он руководствовался исключительно врачебным долгом, клиническими признаками. Сын священника, человек верующий, близкий такими выдающимися пастырями как о. Алексей Мечев и о. Александр Мень., свою работу “Психиатрия и проблемы духовной жизни” Д. Е. Мелехов писал “в стол”. Он замыслил ее как своеобразную “Психиатрию для священников”. В связанных с этой задачей клинических — лечебно-диагностических размышлениях

² 1) Трихотомическое видение человека находим и в культурах, глубоко отличных от христианских у бушменов, в раджа-йоге, в верованиях древних египтян и некоторых других народов. Трехчленна сама психика в теориях Фрейда и его самобытного последователя Ж. Лакана. (Концепцию бессознательного мы здесь не затрагиваем, поскольку она исходит из совершенно иного видения человека. Эти расхождения обсуждаются в разделе “Расстройства сознания”). Все это свидетельствует об универсальности “трехчленного” видения человека. По-своему соотносил с Троицей (это уже совсем другой контекст) структуры физического мира академик Б. Раушенбах. Троищность — особая структура и для физического мира — стул, стол оказываются наиболее устойчивыми, если опираются на три точки.

2) Общераспространенная практика употребления слова психика наделяет его двумя основными значениями а) составляющая человека, противоположная телу (в рамках дихотомии); б) синоним души, душевных процессов в совокупности (при трихотомическом подходе) Конкретное толкование определяется контекстом. То же относится и к слову душа. Истоки этих смешений и наложений — в истории формирования психики (в широком смысле), “психического” как такового, о чем говорилось выше.

При последующем изложении мы будем употреблять слова психика и душа как синонимы.

Словом разум как до некоторой степени архаичным мы пользоваться не будем.

— Д. Е. Мелехов исходил из христианской антропологии. Полностью книга не была завершена. Впервые она увидела свет в 1991 году в специальном психиатрическом издании (журнал “Синапс”), а затем — в 1996 году с последующими переизданиями была опубликована в сборнике “Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни”, выпущенном Издательством Свято-Филаретовского православно-христианского Института. Сборник содержит еще некоторые материалы, принадлежащие перу Д. Е. Мелехова, воспоминания о нем, статьи авторов, тесно связанных с Институтом — профессора-священника Георгия Кочеткова, кандидата филологических наук М. Г. Гальченко и других. К настоящему времени этот труд Д. Е. Мелехова опубликован и другими издательствами. Именно эта книга Д. Е. Мелехова послужила для нас точкой отсчета для представляемых на этих страницах подходов. Мы познакомились с нею в середине 80-х годов, еще в “самиздатовской” форме, а первую статью по этой проблеме опубликовали в 1990 году.

Но, может быть, более известна другая “медико-богословская” работа относительно недавнего прошлого. В советские годы жил и творил еще один замечательный человек, связанный и с церковью и с медициной — святитель Лука (выдающийся хирург лауреат Сталинской премии профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий), автор книги “Дух, душа, тело”. Но изложение проблемы в ней далеко отстоит от подходов, присущих психиатрии.

Размышления о духе-душе-теле в контексте клинической психиатрии встречаем у зарубежных психиатров-классиков (К. Ясперс, К. Шнайдер), у их современных коллег, у дореволюционных отечественных авторов, а в последние годы — и у российских исследователей. Исходные мировоззренчески-методологические позиции в этих специальных работах — самые разные. Но и современная психиатрия в целом часто определяет человека как существо биопсихосоциальное, то есть тоже трихотомически, однако, во многих случаях раскрывает этот тезис или как постмодернистскую рядоположенность, равноценность составляющих, или позитивистски-прагматически, или морализующе-декларативно.

Повторим, **дух** — это содержание психической деятельности, ее ценностный аспект, это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет. Говоря несколько иначе, обобщеннее и в то же время точнее, дух — это отношение. Одухотворяться или низвергаться может все что угодно. Для человека верующего любое отношение, любое взаимодействие направляется Богом. Для другого — это то, что называется общечеловеческими ценностями. Творческая, быденная профессиональная деятельность, семья, дом, удовлетворение своих личных, нравственно одобряемых или, наоборот, корыстных, эгоистических, грубо чувственных, антисоциальных стремлений — все это может стать ценностью, целью и смыслом жизни. Духовность — не синоним ангелоподобности, не атри-

бут совершенства. Она может быть, как писал о. Василий Зеньковский, светлой и темной. По ходу жизни человека что-то (наверное, что угодно) может становиться духовным, а может обесцениваться, низвергаться: “Поступок — это шаг по вертикали”, — сказано в одном из стихотворений поэта Ольги Седаковой. Художник В. В. Кандинский визуально представлял духовную жизнь как треугольник, острием направленный вверх. Вершина постоянно оплывает, сползает, но одновременно и наполняется содержанием, прежде располагавшимся в нижних слоях.

Этот образ представляется чрезвычайно выразительным. Прежние ценности становятся расхожей повседневностью, банальностью, превращаются в ничто. Из романа “Собор Парижской Богоматери” делают мюзикл, Гитлер оказывается опереточным героем, Ленин — персонажем скетчей. Революции становятся бархатными, цветными, то есть ненасильственными, безоружными. Такому преобразованию могут повергаться и действующие лица Священной истории (“Иисус Христос — суперзвезда”).

Итак в сфере духа возможны как созидательные, так и разрушительные (для самого человека) и разрушающие (по отношению к окружающим) процессы, но они не связаны с медициной — врачеванием — диагностикой, лечением — напрямую: “Дух, как таковой, не может заболеть...” (К. Ясперс, с. 871). “Духовное” — поле деятельности священнослужителей, творцов-художников, политиков, правоведов, людей других общественно-гуманитарных служений.

Как субстратом, ареной телесных болезней являются внутренние органы, так психические расстройства разворачиваются в сфере душевных процессов. Но если тело представляется самоочевидным³, то с душой дело обстоит сложнее. Она неосознаема, нематериальна. Признать ее независимое или хотя бы равноправное с телесными структурами существование — позиция для очень многих людей совершенно неприемлемая. Нередко психику соглашаются принять только как эпифеномен — как структуру вторичную, как надстройку над изначальной, основообразующей материальной (здесь — телесной) субстанцией, всестороннее, исчерпывающее познание которой сделает психику, “чисто психические” процессы излишними, развеет их как призрак, окончательно узаконив,

лишь “реальные”, “объективные” физико-химические, электрофизиологические и другие подобные им реалии⁴.

Однако, современные гуманитарные исследования — языковые, культурологические, этнографические позволяют утверждать, что, несмотря на неосознаемость, душевные-психические процессы — не умозрительные категории, а несомненная реальность человеческого существования. Утверждать столь категорически позволяют работы польского лингвиста Анны Вежицкой.

Сопоставляя самые различные языки — европейские, жителей других континентов, многочисленных островных государств -, она и ее коллеги показали, что наряду с практически неисчерпаемым лексическим многообразием народов, традиций, укладов жизни **существует около 60 универсальных**, общих для самых различных культур, — и европейских и от нас отдаленных, — **слов** (“единый семантический метаязык”), ни к чему более не сводимых, однозначных по смыслу и ситуации их употребления. Вся остальная лексика обнаруживает характерные для той или иной культуры оттенки смысла и особенности употребления в конкретной ситуации. Так, например, слово “свобода” по-своему понимается в каждом из языков — латинском, английском, польском, русском. Отсюда следуют и различия в поведении, в деятельности, связанной с категорией свободы, у людей каждой из этих культур. Вместе с тем “уникальные культурные... понятия не противоречат психологическому единству человечества” (А. Вежицкая), поскольку “все люди принимают одну и ту же (предположительно, врожденную) модель человека, определяемую небольшим набором универсальных предикатов, включающих в себя следующие (лексикализованные, по-видимому, во всех языках): думать, знать, хотеть, чувствовать, говорить, видеть, слышать, делать и жить” (А. Вежицкая, 2001, с. 152). Все эти слова входят в 60-и позиционный перечень А. Вежицкой⁵.

Вновь воспользуемся универсальной формой круга (придающей ощущение завершенности, целостности, архетипичности) и разместим в ней слова из вышеприведенного перечня. Озаглавим ее “Антропология”, подразумеваемая под этим термином языковую модель человека. Она представлена схемой 2, которая как и

³ В действительности это совсем не так. Достаточно упомянуть уже давно устаревшие концепции “блуждания матки”, “смешения соков организма” и т.д. Анатомия и физиология накапливали свои знания постепенно, в борениях и противостояниях, а современный человек получает знания о своем устройстве только благодаря воспитанию и образованию.

⁴ Известный психолог В. П. Зинченко приводит слова В. О. Ключевского, сказанные им по этому поводу еще столетие назад: “Раньше психология была наукой о *душе*, а теперь стала наукой об ее отсутствии”. (Большой психологический словарь / Ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. СПб., 2003. С. 42, выделено автором).

То же стремятся утвердить некоторые исследователи применительно к психическим — душевным расстройствам: “...проблемы “дифференциального диагноза” исчезнут сами собой, если мы станем рассматривать врача как специалиста по *болезням тела*, и только по ним, и признаем, что душевная болезнь — это вымышленная категория, подобная колдовству”. (Сас Т. Фабрика безумия. Екатеринбург. 2008. Ультра. Культура. С. 5. Выделено автором).

⁵ Вот, по нашему мнению, ответ на стихотворный вопрос поэта Русского Зарубежья Ивана Елагина: “Неужели же нет первозданных, осмысленных слов? Неужели же в сущности все оказалось неверным?” (Елагин И. Собр. соч в 2-х томах. М. Согласие. 1998. т. 2, с. 159).

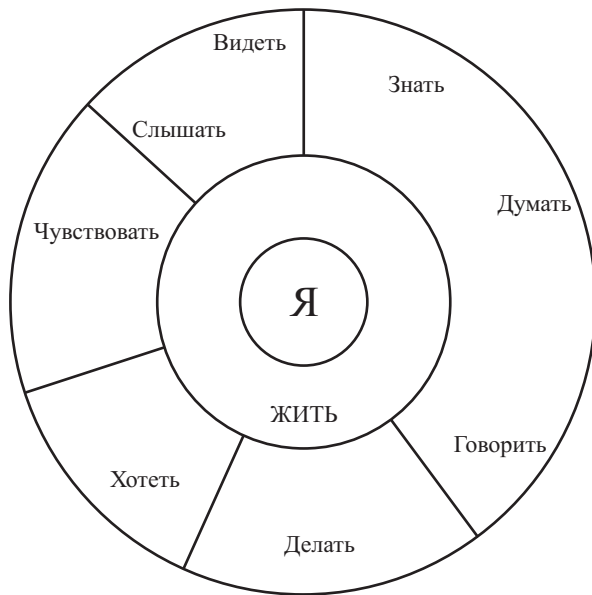


Схема 2. “Антропология” (Языковая модель человека)

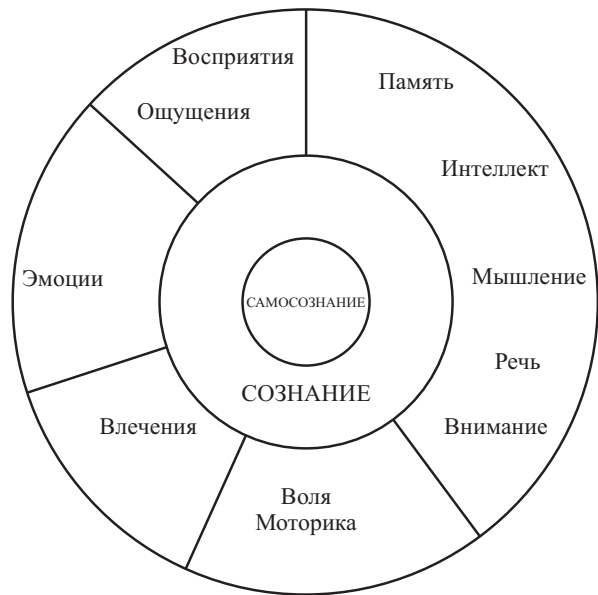


Схема 3. Психология

последующие, конкретизирует различные аспекты рассмотрения среднего круга “душа” в трихотомической конструкции.

Для удобства дальнейших размышлений преобразуем левый столбик колонки “душа” в круговую форму (она придает ощущение завершенности, целостности, архетипичности) и озаглавим ее “Антропология” (схема 2), подразумевая под этим термином все ту же языковую модель человека.

В процессе развития, усложнения психики в целом, ее отдельных составляющих, сознания и само-

сознания, познавательно-рефлексивной активности (способности смотреть на себя как бы со стороны на свое тело, свою душу, а в последующем и на свои ценности, знания, идеалы) происходило осмысление, “автономизация” переживаний — психических процессов-слов⁶, в результате чего сформировались психологические категории восприятия, мышления, воли и т.п. (схема 3, “Психология”). По-своему констатировал этот процесс К. Г. Юнг: “Сознание всегда инстинктивно находит слова для обозначения реально существующих вещей. Лишь психологи изобретают

⁶ Не имея возможности обсуждать проблему подробно, считаем необходимым дать некоторые пояснения, предварительно еще более усложнив конструкцию.. Современная психология допускает, что в первоначальной глубине психики (соотв. человеческой истории) переживание, слово, понятие и объект материального мира, оказываются в определенном смысле одним и тем же: “...значения могут выступать перед субъектом как в качестве объектов его сознания, так и в качестве способов и “механизмов” осознания (см. Леонтьев А. Н., 1975. Подробнее см. *Тхостов А. Ш.* Психология телесности. — М.:Смысл, 2002, с. 45). Причем эти структуры “скорее чувствуются, чем понимаются, — их осознание носит интуитивный характер” (там же).

Для наглядности приведем пример, предложенный доцентом А. Я. Басовой. Маленькая девочка, успешно овладевающая речью и делающая первые шаги в чтении, была поражена тем, что мама, сидящая рядом и слово “мама” (в книге, в тетради) — это “одно и то же”. Ситуация станет еще более выразительной и многогранной, если мы предусмотрим, что эта “мама” может быть произнесена и написана на самых разных языках.

Продолжая эти сопоставления, допустимо будет к этому ряду (переживание-слово-понятие) добавить объект (предмет). Митрополит Сурожский Антоний полагал, что на какой-то глубине мысль и ее воплощение совпадают, становятся одно. Вот это же суждение, представленное в поэтической форме человеком, которого не слушать нельзя: “...наша мысль со светом предметов слита, /мысль наша силе простых вещей осталась верна, /и если столько их нам до сих пор не открыто, /значит наша мысль еще не завершена” (Кароль Войтыла. Крпшта. Избранная поэзия. Предисл. С. Аверничева. М.: Вахазар, 1994, с. 27). О том же, но с другими художественными образами читаем в стихотворении О. Седаковой “Просьба”: “Если бы меня спросили /я бы сказала, Боже, сделай меня чем-нибудь новым! /...Сделай, как камень отгранный /и потеряй из перстня /на песке пустыни /Чтобы лежал он тихо /не внутри, не снаружи, /а повсюду, как тайна, /и никто бы его не видел, только свет внутри и свет снаружи. (Седакова О. Старые песни. М. 2003. с. 23). Французский православный богослов Оливье Клеман пишет: “Слово и есть первичный архетип” (“Смысл земли”. Изд-во Библ Богосл. Ин-та Св. ап. Андрея. М., 2004).

Само собой возникают в памяти “В начале было Слово..” (Ин. 1,1) и “Имя Божие” есть не только слово, Божественное слово, во всей глубине и неисчерпаемости его значения, но и Божественная сила и сущность”, (Булгаков С. Прот. Первообраз и образ. М., 1999. Т. 2. С. 181). Древние иудеи устанавливали определенные телесно-буквенные и цифровые соответствия. В наши дни этот подход по-своему развивают психоаналитики-юнгианцы — (Кюглер П. Алхимия дискурса. Образ, звук и психическое. Пер. с англ. М., 2005).

наименования для несуществующих вещей.” (К. Г. Юнг, с. 21)⁷. По этому же поводу, но делая другие акценты, А. Вежбицкая разъясняет: “Например, ... глагольные элементы “думать”, “знать”, “говорить”, “чувствовать” и “хотеть” сочетаются с “именными личными местоимениями (“я”, “ты” и “кто-то”)...” (2001, с. 161 – 162). Уточним (Б. В.), что эти местоимения также входят в список из 60 универсалий, а А. Вежбицкая обращает внимание на то, что их (всех шестидесяти) синтаксис не зависит от конкретного языка. Все это еще раз подтверждает универсальность, первичность, реальность этих психических структур.

При сопоставлении схем 2 и 3 можно заметить, что полные соответствия между понятиями, указанными в аналогичных сегментах, выдерживаются не всегда. Так, например, процессы, стоящие за “восприятиями” и “ощущениями” в схеме 3 более многообразны, чем “видеть” и “слышать” из схемы 2. Эти расхождения могут быть обоснованы. Так, в частности, допустимо полагать, что “обонять”, “осязать” и т.п., будучи наиболее древними и элементарными по структуре нейропсихическими процессами, не получили (на ранних этапах развития человечества, а поэтому и в словаре А. Вежбицкой) самостоятельного словесного воплощения и поэтому не обособлены в антропологии.

Также в перечне А. Вежбицкой отсутствуют слова, связанные с половой жизнью, что, несмотря на реальность и необходимость этой формы активности человека, по-своему свидетельствует против абсолютизации либидо как источника жизненной энергии человека⁸.

Но зато этот “антропологический словарь” во многом совпадает с перечнем психических процессов (соотв. — деяний), упоминаемых при повседневном исповедании грехов в вечернем молитвенном правиле: “Исповедаю ... вся моя грехи, яже содеях ... делом, словом, помышлением, зрением, слухом, обонянием, вкусом, осязанием и всеми моими чувствами, душевны-

ми вкупе и телесными...”. За “словом” может стоять “говорить”, а помышление недифференцированно содержит в себе “думать”, “знать”, “хотеть”. В этом ряду поражают не столько расхождения, сколько совпадения.

Напомним, что будучи здоровым, человек не ощущает, “не замечает” свои внутренние органы, он знает о них лишь благодаря воспитанию, образованию, жизненному опыту. Так же обстоит дело и с душевными процессами. Непроизвольная и сколько-нибудь длительная фиксация на них, их обостренная рефлексия чаще всего ставят вопрос о душевном благополучии субъекта.

“Языковая модель” позволяет конкретизировать, сделать реальностью понятие болезни, как соматической, так и психической (ведь и телесные *болезни* признаются не во всех мировоззренческих и религиозных системах. Напомним, что слово “жить” (также как и слово “я”) включено в антропологический перечень А. Вежбицкой. (вновь обращаемся к схеме 2). В полном, 60-словном перечне, оно стоит рядом со словом “смерть”, и этим экзистенциально-антропологически указывает вектор земного человеческого существования, что в медицинском, клиническом контексте преобразуется в понятие болезни как особого изменения, регресса, разрушения, распада до того нормальных, здоровых-сохраненных структур и функций (во “внутренней”, соматической медицине это воспаление, аллергические реакции, склеротические и опухолевые процессы, атрофии и т.д.). Таким образом, понятие болезни и, увы, сам процесс, повторим, через слово “смерть” уже заложены в историческом человеке. По этому же универсальному пути движутся и психические расстройства.

Ослабление или исчезновение психических процессов, изначально присущих человеку, зафиксировано в понятии **негативной** симптоматики, таковы, например, апатия — опустошение эмоциональности, амнезия — потеря памяти. Но любое заболевание, и телесное, и психическое на первых этапах чаще про-

Предложенные построения, хотя и отклоняют читателя от основного изложения, позволяют наполнить гипотезу панпсихизма и “первичной целостности” (стр. 8) конкретным содержанием.

⁷ Вот еще один выпад в адрес психологии: «...появилось множество наук, о коих в кадетских корпусах даже и упоминания не бывало (в особенности одна из них вредная и, как распространительница бездельных мыслей, весьма даже пагубная, называемая “Психологией”»). (Салтыков-Щедрин М. Е. Дневник провинциала в Петербурге. М., 1996. С. 96). В комментарии к этой фразе, приводимом в конце издания, говорится: “У передовой русской молодежи глубокий интерес вызвали сочинения по естествознанию, посвященные связи физиологических и психических явлений, — книги Л. Фейербаха, К. Фогта, Я. Молешотта, Ф. Бюхнера и др. Герцен писал К. Фогту 9 мая 1866 г.: “... в доносах Каткова упоминается и ваше имя. Он утверждает, что именно ваши сочинения, которые переводились ad hoc, и книги Молешотта развращали молодое поколение” (Герцен А. И. Собр. соч., т. 28, с. 185). Ad hoc — здесь: для данного случая (лат).”

Предлагаем современному читателю самостоятельно определить соотношение насмешки и трезвой оценки в этих высказываниях. Мы же хотим обратить внимание на то, что и науки, и любые другие сферы деятельности (в том числе и религиозная), рассматривающие сферу самопознания-самосознания человека, всегда подвергаются критике в меньшей мере, чем поддержке. Вспомним упоминавшуюся чуть выше “естественную ненависть к психиатрам”. Один выдающийся иерарх недавно сказал: “Церковь Христова, обращенная к человеку, всегда будет гонима”.

⁸ Локализация психики в гениталиях и животе-омфалопсихия — лишь начальный этап формирования человеческого в человеке. Именно поэтому ненормативная лексика воспитанным человеком и воспринимается — даже интуитивно — как неприемлемая. Мы предполагаем посвятить этой проблеме специальную публикацию.



Схема 4. Психопатология (основные группы расстройств)

является **позитивной** (или **продуктивной**, для простоты будем употреблять эти определения как **синонимы**, хотя это не совсем точно), симптомами, говоря весьма обобщенно, возбуждения, раздражения (схема 4). Таковы, например, галлюцинации — “видения”, “голоса”, бред — болезненно неправильные мысли, депрессия — особое угнетение настроения и всего психического тонуса. Но применительно к психиатрии продуктивная симптоматика — это не столько усиление нормальных психических процессов, сколько появление переживаний, в норме не встречающихся, качественно, принципиально новых⁹. Поэтому их можно было бы изобразить как некие дополнительные образования, “наросты” на круге душевных процессов в схеме 3.

Для наглядности представим описываемые соотношения на примере детского калейдоскопа. С игрушечной фабрики (из рук Творца) он был выпущен с определенным рисунком, узором. Но вот трубка начинает поворачиваться (дебют заболевания, начальные этапы) и в окошке возникают новые композиции, может быть, интересные, необычные, но изготовителем не предусмотренные (продуктивная симптоматика) и со временем (медленно или катастрофически быстро, что зависит от темпа течения заболевания) разрушающие всю конструкцию. По ходу этого процесса стеклышки бледнеют, тускнеют, выпадают (нарастание негативной симптоматики). Какие из них преобразуются, повреждаются больше и в какой по-

следовательности — это зависит от природы, от причин заболевания. Таким образом, когда врач-психиатр ставит диагноз, он определяет по каким закономерностям меняется психика больного, а медицинская наука — клиническая психиатрия имеет своим предметом изучение болезненных — психопатологических — переживаний в их связи с особенностями личности больного. В психиатрии психикой врача познается психика больного (имеются ввиду клиническое наблюдение, клиническая беседа во всей их многогранности).

Существует еще одно разделение всех психических расстройств на две противоположные группы. Оно в определенной мере перекликается с предыдущим. Продуктивные расстройства в ансамбле с соответствующими им негативными, (смысловой-содержательный акцент делается на первых) называют **психотическими** (производное от слова психоз). Этим еще раз подчеркивается их принципиальная несопоставимость с нормальными психическими процессами, их “качественно” особая, “иная” сущность. Также имеют место (хотя и не всегда, но очень часто, особенно при остро развившихся болезненных состояниях или же давних, хронических, протекающих неблагоприятно) грубые, очевидные и для неспециалиста нарушения поведения, вплоть до социально опасного, и отсутствие критики — убежденность в обоснованности и реальности психопатологических переживаний, непонимание их болезненности.

Непсихотические расстройства — “количественные”, это изменение интенсивности (усиление, ослабление) нормальных психических процессов. Легкая, преходящая раздражительность, неглубокие колебания настроения, внимания и т.п. могут быть и индивидуально-личностной особенностью, и реакцией на какое-либо воздействие, оставаясь вне пределов психической патологии, не деформируя сколько-нибудь существенно “калейдоскоп” душевных процессов, и начальными, мягкими симптомами серьезных душевных заболеваний. Последнее обстоятельство оправдывает обособление непсихотических расстройств, оно оказывается одним из инструментов ранней диагностики. Для правильной оценки этих состояний необходим анализ целостной клинической картины.

Словесно представленная на стр. 9 графическая композиция трихотомии подразумевает определенный тип иерархически организованных взаимоотношений психики (души и духа) и тела, при котором психика оказывается “выше”, тела¹⁰. Человек способен сознательно (здесь — психически) управлять своим, повторим, увы, бранным, телом — понимать его,

⁹ См. Савенко Ю. С. Об антипсихологизме в психиатрии. В сб. Психология в медицине. 1978.

Воскресенский Б. А., Носовец Н. А. Некоторые аспекты переформирования сознания при психической патологии. Российский психиатр. журнал, 2010, 5, доп. выпуск № 2, с. 9 – 11.

¹⁰ Не раз доводилось слышать рекомендацию изменить последовательность кругов в схеме на противоположную, расположить “дух” в центре и этим подчеркнуть его определяющую в онтологическом смысле, ядерную роль. Таково, например, устройство мироздания в поэтических образах Елены Шварц: “Когда я умру — /К земному ядру /Мотыльком на свечу /Полечу. /Фонтан, лепечи! /Там в ут-

руководить им, преодолевать его немощи, страдания, хотя бы в своем отношении к ним. В этом смысле психика “ сильнее” тела, реально или потенциально¹¹.

И вместе с тем в каждый момент жизни, во всем своем бытии человек един, целостен. Поэтому и психические — душевные — расстройства могут сказываться, сказываются, обнаруживают себя — с большей или меньшей отчетливостью — и в сфере телесной, и в сфере духовной.

Эта взаимосвязь присуща и норме. Отчетливее всего ее можно заметить при эмоциональных колебаниях. Так при обычном, “ житейском” беспокойстве, страхе нередко ощущаются сердцебиение, дрожь в голосе, сухость во рту, двигательное беспокойство. В случаях психической патологии эти многообразные по проявлениям состояния определяются как соматизированные, соматоформные. Они проявляются как по-особому тягостные физические ощущения, колебания веса, гормональные нарушения и другие весьма многообразные по проявлениям — сомато-вегетативные сдвиги. Диагностика этих состояний основывается на специальных клинических критериях. Недопустимо руководствоваться обыденной (точнее говоря, обывательской) мудростью “ все болезни от нервов”.

Оценка духовного облика также требует специальных знаний. Верования, нетрадиционные для той или иной среды, оздоровительные и диетические системы, даже доходящие до самоистязания, эпатирующее поведение, беспредельная агрессивность и леденящая кровь жестокость — все эти феномены развертываются прежде всего во внешнем (“ духовном”) круге. Они расцениваются как проявление психического расстройства только в тех случаях, когда могут быть, опознаны, осмыслены как определенный симптом психического расстройства, как следствие болезненных нарушений во втором — среднем — круге. Так, например, под влиянием бреда нередко патологически изменяется мировоззрение, а при расстройствах влечений, эмоций, слабоумии появляются несвойственные пациенту ранее бестактность, расторможенность, легкомысленность, беззаботность, бестолковость.

робушке /Горький рай. /Жаркий рай. /...К раскаленному в гневе ядру /Вниз — не вверх — подсказали мне Музы.” (Шварц Е. Вино седьмого года: Книга новых стихотворений. СПб., 2007. С. 17).

Это разномыслие объяснимо, ибо, как писал в одной из своих работ Н. А. Бердяев, в природе нет верха и низа, но эти понятия очень важны для психики человека. Действительно, достаточно вспомнить феномен космической невесомости или сегодняшнюю зловещую вертикаль власти.

Нами проводились специальные исследования глубинных пространственно-временных (см. *Воскресенский Б. А., Сторожева М. С., Котов А. А.* В сб. Амбулат. и больничн. психотерапия и мед. психолог. М. 2012. С. 80 – 82.) и ценностных (религиозные аспекты образа мира — *Воскресенский Б. А.* Моск. Психотерапевт. ж., 2004, 4, с. 131 – 140) структур у душевнобольных.

Полагаем, что наш вариант схемы отчетливее и содержательнее выражает иерархическую и эволюционно-историческую связь обсуждаемых антропологических структур: “ Душа больше пищи...” (Лк. 12,23), а дух — тем более, дерзнем мы продолжить — исключительно для научной однозначности — строку Писания.

¹¹ Необходимо заметить, что не менее распространена противоположная точка зрения — примат тела (со отв. — материи) над психикой. Эта проблема обсуждается в главе “ Психосоматические расстройства.” См. также *Воскресенский Б. А.* Православная философия материи: медицинские аспекты. Фонд “ Духовное наследие митрополита Антония Сурожского”. Б-ка-Фонд “ Руссоке Зарубежье” М. 2008 С. 6 — 23.

Если это осуществляемое в ходе диагностического процесса преобразование странностей, убеждений, увлечений обследуемого в расстройства восприятий, эмоций, мышления и проч. не удастся, то, нет оснований говорить о наличии психического расстройства. К Ясперс подчеркивал, что духовные возможности по своей природе не могут быть ни больными, ни здоровыми и вообще непсихологичны и становятся таковыми через переживание, в некоторых случаях, добавим мы, психопатологическое. Понятия нормы обыденной-общепринятой, правовой, религиозной, культурально-национальной, среднестатистической и психиатрической (о ней будет сказано конкретнее в соответствующем разделе) не совпадают.

Итак, трихотомия и вытекающее из нее разграничение “ дух” и “ душа” позволяют мудро и сострадательно ответить на вопросы о соотношении творческой одаренности и душевной болезни, преступности и психических аномалий, религиозной веры и психического расстройства, о критериях нормы психического здоровья. Трихотомия исключает возможность выстраивать диагноз по меркам философских и политических симпатий, о постоянной угрозе чего предупреждают скептически настроенные по отношению к психиатрии мыслители. Трихотомию правомерно считать методологической основой клинической психиатрии

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бродский И.* Соч. в 4 томах. Париж-Москва-Нью-Йорк, 1992. Т. 1. с. 25.
2. *Вежицкая А.* Сопоставление культур через посредство лексики и прагматики. М., 2001. 272 с.
3. *Вежицкая А.* Семантические универсалии и базисные концепты. — М.: Языки славянских культур. 2011. 568 с.
4. *Кандинский В. В.* О духовном в искусстве. 1990. С. 11.
5. *Соловьев В. С.* Лекции по истории философии / Вопросы философии. № 6. 1989. С. 77.
6. *Хоружий С. С.* Очерки синергической антропологии / М.: Институт философии, теологии и истории св. Фомы. 2005. С. 130 – 133.
7. *Юнг К. Г.* Тэвистокские лекции. М. – К., 1998. с. 41.
8. *Ясперс К.* Общая психопатология. М., 1997.

Духовный смысл категорий пространства и времени¹

Профессор-священник Георгий Кочетков

На мой взгляд, предложенная тема настолько неподъемная, что мне придется ограничиться лишь несколькими общими замечаниями. Я попытался вдуматься в каждое слово в названии темы, и вот что у меня получилось. В этой теме — “Духовный смысл категорий пространства и времени”, — может быть, действительно очень важно попытаться найти какие-то параллели, найти общий язык с теми, кто так или иначе касается этой области.

Я начну с того, что немного прокомментирую каждое понятие, каждое слово в этой теме с христианской точки зрения. Напомню в первую очередь, что значит понятие “духовность” в духовном мире, в духовной жизни. Когда-то, наверное, как и многим, мне пришлось читать книгу Николая Александровича Бердяева “Философия свободного духа”, и там меня поразили некоторые его мысли об этом понятии духовности, о духовном мире и духовной жизни. Я хотел бы сегодня некоторые из них вам напомнить. Вот что пишет Николай Александрович:

“То, что происходит в духовном мире,² — вневременно и внепространственно, но символически отображается в пространстве и времени, в материи”³.

“Духовная жизнь совсем не есть реальность, существующая наряду с действительностью физической и психической, с действительностью природного мира, — она вбирает в себя всю действительность, сознавая, что вся действительность есть лишь ее символизация, лишь отображение ее состояний, ее внутренних событий, ее пути. ..

Духовная жизнь познаётся совсем не в психологическом исследовании душевных процессов. Психология есть наука о природе, естественная наука, а не наука о духе. .. Большая часть психологических процессов должна быть отнесена к явлениям природного мира, — эти процессы связаны с телом и материальным миром, происходят во времени, так или иначе относятся к пространству, они протекают в замкнутости, раздельности и внешней связанности”⁴.

Имеются в виду, конечно, эти категории в специфически-философском значении. И далее:

“Противоположность единого и множественного, внеположность одного для другого основана на про-

странстве, времени, материи, которые являются уже результатом грехопадения, отпадения от Бога”⁵.

Итак:

“Духовная жизнь совершается вне времени, вне пространства, вне материи, хотя и связана с ними как с символическим отображением внутренних распадаов духа”⁶.

Имеет смысл задуматься и над тем, что такое смысл как таковой. Смысл, на мой взгляд, всегда духовен, ибо является откровением надмирного Логоса. Вы все помните начало Евангелия от Иоанна, где говорится: “В начале было Слово (*т.е. Логос*), и Слово было с Богом, и Слово было Бог. Всё через Него начало быть, что начало быть”⁷. Но в каждой сотворенной через Логос вещи есть свой маленький смысл, который может обособляться от божественного Логоса и выступать самодовлеющим образом. Как правило, это приводит к объективации духа и духовного смысла, т.е. к потере самого смысла, его полноты и глубины.

Интересно здесь и слово “категория”. Это слово из понятийного, умственного, рационального аппарата. То есть это тоже вещи, прямо связанные с объективацией, с охлаждением, даже с выветриванием духа и духовного смысла. Поэтому сегодня меня больше будут интересовать не категории пространства и времени, а сами пространство и время как таковые.

Пространство и время могут быть рассмотрены в очень разных измерениях: в измерении физическом, метафизическом и экзистенциальном. Эти три измерения могут и должны быть соотнесены с человеком, с его телом, душой и духом.

Физическое время непроницаемо для лучей духа. Оно может быть объективным и субъективным, оно может быть природным; физическим и математическим; биологическим, т.е. плотским, психофизическим или телесно-душевым; может быть и историческим, т.е. все равно объективированным и падшим; искажающим и искаженным, неоднородным и изогнутым, плотным или разряженным. Такое пространство и время — как электрический заряд, импульс, который способен нести свою внутреннюю или внешнюю энергию. Может ли оно вырабатывать энергию самостоятельно и ее поглощать, поедать, это большой вопрос. Может ли пространство и время само обретать свой вектор движения или развития,

¹ Доклад на XVII научно-практической конференции “Консторумские чтения” “Время и место психотерапии” 16 декабря 2011 г., Москва

² Здесь и далее выделено мною. — Г. К.

³ Н. А. Бердяев “Философия свободного духа”, М. 1994. С. 41.

⁴ Там же. С. 32.

⁵ Там же. С. 31.

⁶ Там же. С. 31.

⁷ См. Евангелие от Иоанна, гл. 1, ст. 1, 3.

это тоже большой вопрос. Действует ли здесь только закон отражения или уже существует время и пространство как память, пусть даже кратковременная и коротко-пространственная, это тоже было бы очень важно нам знать. Здесь же — сакральное время и пространство, которое может существовать на уровне обряда, некоей внешней формы.

Конечно, если это кого-то заинтересует, об этом можно будет сказать подробнее. Можно было бы поговорить о том, что значат все эти типы времени и пространства, перечисленные мной, потому что, как мы знаем, это всё вещи разные. Будем ли мы говорить о природном или физико-математическом времени и пространстве, биологическом или историческом — это всё вещи, которые вступают друг с другом в определенные противоречия и при этом существенно влияют на жизнь каждого человека. Но мне не хотелось бы останавливаться слишком долго лишь на этом физическом времени и пространстве. Я сейчас перейду к метафизическому пространству и времени, чтобы тоже только обозначить какие-то его границы, какие-то важнейшие его смыслы.

Метафизическое время и пространство — это онтологическое, умопостигаемое (интеллигибельное) пространство и время, уходящее в бесконечность, вплоть до полной неизменяемости и бездвижности их сущности и природы. Этому в человеческом мире соответствует некий лик, иконный образ или его первообраз, а в сакраментальном пространстве и времени — определенная мистериальная действительность, не обязывающая никого и ничто быть “действенным”. Здесь пространство и время становятся “обратной перспективой”, всё замирает, всякая реальность симболизируется и объективируется.

Прекрасная иллюстрация этого опыта и переживания дана нам, например, в знаменитом стихотворении О. Мандельштама 1915 года о евхаристии:

*“Вот дароносица, как солнце золотое,
Повисла в воздухе — великолепный миг.
Здесь должен прозвучать лишь греческий язык:
Взят в руки целый мир, как яблоко простое.*

*Богослужения торжественный зенит,
Свет в круглой храмине под куполом в июле,
Чтоб полной грудью мы вне времени вздохнули
О луговине той, где время не бежит.*

*И евхаристия, как вечный полдень, длится —
Все причащаются, играют и поют,
И на виду у всех божественный сосуд
Неисчерпаемым веселием струится”.*

Метафизические пространство и время — духовно-душевное откровение, большой шаг в сторону снятия всякой раздробленности в мире и в человеке, в сторону вечности, к новому небу и новой земле, к обновлению человека.

Наконец, пространство и время экзистенциальны. Экзистенциальное измерение пространства и времени дает возможность встречи и общения Бога и Его

мира, а также Бога и Человека. Таким образом, это личностное, богочеловеческое пространство и время, которое уже и не время, и не пространство. Вспомним, что писал Бердяев о духовном мире: это некая полнота существования, его высота и глубина. Это в чистом виде духовный мир и духовная жизнь. И единственная проблема здесь, как мне кажется, это возможность подмены богочеловечества человекобожеством, смиренной и дерзновенной человеческой личности — сверхчеловечеством гордого индивидуализма, общения — тем или иным видом контактов, любви — похотью, свободы — произволом, Христа — Антихристом.

И вот вам пример последнего: стихотворение, написанное в четырнадцать лет о себе Фридрихом Ницше, овеянное дымкой романтизма. Вот что он писал в этом стихотворении:

*“Пусть только посмеет кто-то
Спросить: откуда я родом,
Где кров мой и родина где:
Я не был еще ни разу
Пространством и временем связан,
Паля, как орёл, в высоте!”*

В сакральном духовном пространстве и времени экзистенциальной реальности всегда соответствует последняя и великая Тайна Единства и Общения Бога и Человека, где Бог человек, а Человек обожен. Как говорит Христос всем живущим в мире: “Я сказал: вы — боги, и сыны Всевышнего — все вы”⁸.

Перефразируя немного о. Павла Флоренского, я бы закончил это свое размышление утверждением, что пространство и время могут быть осмыслены духовно, но для этого от нас требуется лишь одно — посмотреть на себя и свое время из вечности — *sub speciae aeternitatis*⁹.

* * *

Говоря об этих вещах, я, конечно, хотел предложить вам сегодня только небольшое размышление о духовном смысле пространства и времени. Может быть, оно кого-то заденет. Я не знаю, что именно вас здесь может заинтересовать, но если будет возможность для вопросов, дискуссии, пожалуйста.

Б. А. Воскресенский: Спасибо большое за этот очень глубокий доклад. Пожалуйста, вопросы.

Вопрос: О. Георгий, Вы сказали, что для осмысления пространства и времени нужно посмотреть на себя из вечности. Является ли это психотерапевтическим подходом, методом, можно ли это использовать? Есть разные методы: метод расстановки, метод

⁸ См. Псалом 86, ст. 2, а также Евангелие от Иоанна гл. 10, ст. 34.

⁹ См. Свящ. Павел Флоренский. Малое собр. соч. Вып. 1. Имена. — М.: Купина, 1993. Глава VII “Владимир”. Латинское выражение принадлежит Спинозе (Этика. V, 31).

Шеллинга, где есть работа с пространством. Насколько то, что Вы нам рассказали, применимо в плане психотерапии, есть ли в ней место для этого размышления?

Свящ. Георгий Кочетков: Мне трудно сказать, я, конечно, не знаю деталей психотерапевтической теории и практики, но знаете, сама эта возможность посмотреть на время — как и на пространство, ведь мы в наше время не отрываем одно от другого — из вечности, *sub specie aeternitatis* — это как раз то, что предполагает включенность всего человека, а значит, не только его духа, но и души, и тела, т.е. всего, что есть в человеке, всех его сил, всех его способностей и возможностей. Я думаю, что именно здесь — о чем мы, собственно, обычно и говорим на подобных конференциях — необходимо и возможно какое-то сотрудничество, какое-то совместное действие. Психотерапевту есть что делать, у него есть свое определенное жизненное пространство, так же как есть что делать и священнику или человеку, накопившему достаточный духовный опыт. Поэтому я думаю, что очень важно, чтобы мы понимали, какова норма человеческой жизни, чего мы хотим достичь, где границы этой нормы, где ее главные характеристики, где то, что должно стоять твердо, а где то, что может очень разнообразно проявляться в разных индивидуальных и личностных свойствах каждого конкретного человека.

Собственно, ради этого я и выступал сегодня. Так как мы все люди, мы все имеем одно призвание, мы все живем в пространстве и времени, очень важно, чтобы мы в этом плане не заблуждались, чтобы мы понимали, что есть большое многообразие опыта в человеке, в частности, в его восприятии пространства и времени. И когда человек говорит о пространстве и времени, он может подразумевать очень разные вещи. Мы должны научиться понимать друг друга во всем этом многообразии, откуда бы мы ни смотрели. Мы можем начинать как раз с телесных вещей, с вещей совершенно земных, “скоромимоходящих”, но мы все равно должны понимать, что если они соотносятся с живым человеком, они обязательно ведут нас куда-то дальше, за ними обязательно стоит реальность более глубокая. Так же и наоборот: когда мы говорим о духовном мире и духовной жизни, мы должны очень хорошо понимать, что человек будет не полон, не полноценен, если он будет занимать только спиритуалистическую позицию, говорить только о духовном, забывая как раз о душевном, в том числе о психологии, так же как и о телесном. Вот это, может быть, самое главное.

Вопрос: О. Георгий, такие выражения как “погружение”, “транс”, “выйти на связь”, “прочувствовать” и т.д. касаются, как мы понимаем, не физического рассмотрения пространства и времени и не сакрального, и не экзистенциального. Как мы узнаем, что это?

Свящ. Георгий Кочетков: Это то самое психофизическое пространство и время, которое я только упомянул. Есть — сейчас часто об этом говорят — биологические часы в человеке, специально для того чтобы отличать это пространство и время от другого, будь то исторического или физического. Так же как есть и физическо-математическое пространство и время, которое я тоже упоминал. Я обычно различаю эти два типа пространства и времени, но сейчас их можно объединить для простоты. Очень важно, что мы, наконец, стали понимать, что не всё в жизни измеряется циркулем, что не всё может быть научно подано и препарировано, что наука имеет свои границы. Когда речь идет не об объективной, а о субъективной реальности, так же как и о духовном мире, для нас это принципиально важно, и наконец-то это стало общепризнанным.

Вы ведь знаете, что в истории очень долгое время так не было. И в общем-то еще относительно недавно люди бы это не поддержали, они бы считали, что если человек переживает что-то не так, как это положено по законам физики или математики, то он просто нездоров или, скажем, недоразвит, или еще что-то подобное. И его надо если не лечить, то хотя бы жалеть. А оказывается, что человек — многообразное существо, в котором сочетаются самые разные опыты, самые разные измерения, в том числе те, которые я уже перечислял. И мы это понимаем, причем я уверен, что это понимают все, что любой профессиональный психиатр или психотерапевт, так же как и любой настоящий священник или духовно опытный человек эти вещи обязательно учитывает. Священнику на исповеди или в другой ситуации, когда он общается с людьми, причем людьми разными, не всегда той же веры и уж тем более не всегда того же склада, что он сам или большинство народа, очень важно эти вещи понимать и признавать, учитывая, что соотношение этого опыта у разных людей может быть очень разным. Здесь есть огромное многообразие и, конечно, большая глубина, ведь всё это вместе — полнота человечности.

Поэтому так важно, чтобы это признавалось, чтобы никогда одна сторона человеческой жизни, человеческой экзистенции, не вытесняла других ее сторон. Вот почему так важно сотрудничество людей, занимающихся разными сторонами человеческой жизнедеятельности и жизни вообще. Во всяком случае, я в этом глубоко убежден. Я, конечно, чаще встречаюсь, может быть, не с теми проблемами, с какими встречаетесь вы, и я чаще могу слышать такие высказывания, что, мол, психотерапия или психоанализ — это шарлатанство, или что-нибудь еще хуже. Есть священники, которые прямо так и говорят людям: куда ты пошел, зачем тебе психотерапевт или даже психиатр? Хотя бывает очевидно, что есть изменения, которые требуют просто профессиональной помощи. Но священник боится послать человека к врачу. Если это обычная болезнь, то с этим еще худо-бедно мирятся, и то иногда бывают проблемы. Но

тут еще ладно, пусть человек идет в поликлинику, пусть покупает таблетки, что делать. Но во всём, что касается душевной сферы, тем более учитывая, что она не очень-то легко отделяется от духовной, а часто и просто с ней смешивается, — в этом возникает жуткая зона отчуждения, непонимания. При этом я знаю, что есть проблемы и с другой стороны, хотя, конечно, это не моя сфера, и вам тут легче оценивать ситуацию и об этом говорить. Но мне кажется очень важным, чтобы современный человек понимал, как всё это взаимно друг на друга влияет.

Я много раз был свидетелем того (называйте это как хотите), как выправление каких-то духовных основ человеческой жизни приводило к компенсации душевной. Я видел людей, приходивших с очень серьезными душевными патологиями, искажениями, много времени лежавших в клиниках и т.д. и т.п., но когда они начинали нормально устраивать свою духовную жизнь, они забывали про все эти клиники. Не то что их кто-то туда не пускал, а просто уже не было в них надобности. Происходит такая компенсация... Я не хочу переоценивать эти факты. Это можно воспринимать как чудо, но чудо нельзя вызывать искусственно, иначе это будет уже магия. Поэтому опыт мне подсказывает, что какие-то вещи у человека очень тесно связаны, хотя они вроде бы даже по природе своей разные и существуют, подчиняясь как бы разным законам, в разных пространствах и даже в разном времени.

Конечно, психически больные люди очень часто по-своему воспринимают пространство и время, это известно, причем известно с разных сторон, особенно в наше время, когда наркотики стали обычным явлением. Впрочем, это не новый опыт, это опыт давно известный человечеству.

Б. А. Воскресенский: О. Георгий, я тоже хотел бы задать вопрос. По мере взросления человека — и физического, и психического, и духовного, в самом широком смысле слова, — у него, безусловно, изменяется переживание и осознание себя в пространстве и времени. В какой мере желательны осознание, рефлексия этого процесса? И есть ли, следует ли в этом

искать цельность или спасительность, в самом широком смысле?

Свящ. Георгий Кочетков: Знаете, рефлексия до конца здесь дело не доведет никогда, и своей рефлексией мы никогда все эти процессы до конца не уловим, потому что человек есть тайна, потому что в нем всегда есть глубина неисследимая — то, о чем на традиционном христианском языке говорят, что человек есть образ Божий и поэтому он не познаваем до конца. Однако такого рода рефлексия позволяет нам знать норму и быстро отслеживать отклонения. Если мы не хотим понимать — а рефлексия прежде всего ведет к пониманию (по крайней мере, по моему убеждению, не знаю, есть ли здесь другие точки зрения), — если мы не захотим понять человека и его внутреннюю норму — как бы его путь жизни, в том числе жизни душевной, его психики и психологии, — то мы рискуем потерять самого человека и потерять человечность в нем, потому что она, безусловно, прямо связана с душевной структурой человеческой жизни.

Поэтому, конечно, понимая, что любая рефлексия тоже есть всё та же объективация духа, и никуда мы от этого не денемся (что делать, ведь мы живем в этом мире, хотя, конечно, мы не должны всё объективировать и должны понимать также и границы этих вещей), однако я считаю, что так же как бывает полезна наука, бывает полезна и такого рода рефлексия. Рефлексия помогает вещи очень субъективные — через объективацию — делать более объективными, а значит, дает возможность воздействия на них. А если человек себя сам не понимает, то он будет закрыт для такого воздействия и никакой врач здесь не поможет. Только мне кажется важным это ограничение: что в этом процессе мы никогда не должны, как говорится, стараться дойти до конца. Во-первых, всё равно не дойдем, а во-вторых, это может обратиться в насилье по отношению к человеку, что, понятно, всегда нежелательно.

Б. А. Воскресенский: Спасибо, о. Георгий за Ваш замечательный доклад. Несомненно, он будет побуждать слушателей к дальнейшим размышлениям.

Шизофрения или эндогенная анестетическая депрессия?

Разбор ведет — проф. М. Е. Бурно (15 марта 2012 г.)
Врач-докладчик — С. Ю. Савенко

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется больной Ахмед Р., 1971 г. рожд., уроженец Юго-Восточной Азии.

Анамнез в основном со слов пациента, объективных сведений практически нет, только некоторые сведения по данным путевки диспансера.

Психические заболевания со стороны родственников больным отрицаются. Пациент родился в Юго-Восточной Азии третьим ребенком в мусульманской семье, имеет четырех братьев и сестру. На родине сейчас живут родители, братья и сестра. Родные живут в собственном 5-этажном доме и сдают квартиры внаем. Отец умер от рака, работал мастером, старшим рабочим, был главой семьи, по характеру был гордым и независимым. Мать — домохозяйка, более мягкая по характеру, рьяно исповедовала ислам, но ей не удалось приучить сына соблюдать необходимые религиозные обряды. Данных о протекании беременности и родов получить не удалось, объективных сведений о раннем развитии нет.

Пациент рос здоровым, активным, веселым, в детстве ничем не болел. Учился всегда средне, заниматься не любил, никаких увлечений не было. Гулял на улице с друзьями и приятелями, играл в карты. Мать часто была недовольна его поведением, говорила, что Бог может наказать его. Окончил 10 классов и колледж (4 года). Никакой специальности не получил. В 17 лет был наивен, мечтал разбогатеть. Хотел стать политологом, но в университет поступать не пробовал. Больной по характеру гордый, не прощает обиды, в то же время “с тонкой кожей, вспыльчивый и злопамятный”. Его родным языком является бенгальский, кроме того немного говорит по-английски. В 17 лет пациент посещал публичный дом, в результате чего заразился сифилисом. Был пролечен и полностью выздоровел. В юности любил гулять по городу и в лесу, ездил с друзьями на пикники. Жил дома и ничем не занимался, только развлекался. В середине 90-х годов из страны многие уезжали на заработки, даже эмигрировали. И двое братьев больного живут теперь за границей: один — в США, другой — в Великобритании. Сам пациент в 1996 году, в 24 года, вместе с друзьями приехал в Москву, хотел заняться торговлей. В первые годы пребывания в России перенес туберкулез,

пролечился, было достигнуто клиническое излечение. От случая к случаю употреблял алкоголь. Употребление наркотиков отрицает. С 1998 года является гражданином Российской Федерации. Был хозяином торговой точки в Коньково, торговал галантерей, одеждой, обувью. Тогда еще получал переводом деньги от родителей, потом отказался от этих денег. В дальнейшем у пациента возникли финансовые проблемы, и он работал по найму в качестве продавца. В последние годы работал помощником знакомого продавца, так как на другую работу его не брали из-за плохого самочувствия. Имел возможность приходить на работу к 10 утра. В последнее время пациент не справлялся с работой, с его точки зрения, мешали невыспанность и плохой сон. В 2010 году пациент по любви вступил в брак с девушкой, страдающей эпилепсией, состоящей на учете в ПНД. Жили на квартире, принадлежащей девушке, и больной прописался у нее. Жили дружно, но прожили вместе всего год. В 2011 году развелись, но объяснение больного не совсем понятно. С его слов, отец и отчим хотели отравить жену, чтобы завладеть ее квартирой, а они с тещей старались защищать ее. Затем теща умерла, пациент не смог противодействовать сам один и развелся с женой в 2011 году. Сейчас даже не знает, жива ли она, никаких отношений с ней не поддерживает.

И. П. Лещинская (зав. отделением, где лечится больной): в тот период, когда он остался с женой без защиты тещи, он даже с ножом ходил, потому что боялся, что с ним могут тоже расправиться. — *А он там зарегистрирован постоянно, да?* — Да, он прописан по этому адресу ...

Врач-докладчик. После этого пациент проживал в трех-комнатной квартире со своими приятелями — торговцами различных национальностей, в одной комнате несколько человек, в основном киргизов. Пациент считает себя больным более 15 лет. То есть, заболевание фактически началось с 24 – 25 лет. У пациента постепенно снизилось настроение, появилась тревога, нарушился сон, уменьшилась концентрация внимания, не удавалось расслабиться. Перед засыпанием у него возникали мысли, что он неудачник, что ничего не добился в жизни, не сбылись его мечты, потерял возможность хорошо спать. Таким образом, на-

чалось это все еще на родине, но там он за помощью не обращался, не мог понять, что с ним происходит. С его слов, из веселого человека превратился в грустного. А в России в 1996 году, то есть как только он приехал, пациент обращал внимание на то, что не может выспаться, отдохнуть, в течение дня его беспокоит внутренняя тревога, снижена концентрация внимания — переспрашивал, перепроверял разные вещи. Обращался за помощью к частному психиатру, но без особого успеха. Впоследствии эпизодически принимал феназепам, реланиум на ночь. 2,5 года назад ездил к себе на родину, но ничем там не занимался, отдыхал. Остаться там жить не захотел, хотя говорит, что отношения с матерью у него нормальные. Около 2 лет назад пациент впервые обратился за помощью в ПНД, получил несколько консультаций. Пробовал принимать различные лекарства, по данным путевки, это этаперазин и в последнее время прам, то есть циталопрам, хлорпротиксен и альпразолам. Сам больной говорит, что также пробовал принимать трифтазин и терален, но без эффекта. В прошлом году пациенту предлагали стационарное лечение, но он отказался. Лекарства он принимал курсами по 2–3 месяца, а потом, если не помогало, отменял, не советуясь с врачом. В последнее время перед госпитализацией больной лекарств не принимал. Поступил в нашу больницу 6-го марта добровольно по путевке ПНД.

Статус при поступлении. Соматический статус и неврологический статус без патологии. Была положительная реакция Вассермана, но дерматолог сказал, что в лечении он не нуждается, это как бы последствие того, что он переболел.

Психический статус. Продуктивность вербального контакта затруднена из-за того, что больной недостаточно хорошо знает русский язык, с трудом читает на нем. Ориентирован всесторонне правильно. Мимика однообразная, выражение лица грустное, речь недостаточно модулирована. На вопросы отвечает по существу, в хорошем темпе, рассудителен. Жалуется на бессонницу, плохое настроение, внутреннюю тревогу, постоянное чувство усталости, затруднения в способности думать из-за снижения концентрации внимания, неспособность расслабиться. Говорит, что утром бывает более вялым. Сообщает, что состояние не зависит от времени года, но говорит, что он любит солнце. Каких-то ощущений в теле не отмечает. Говорит, что “у него бывает тяжелая голова”, подчеркивает, что ему никак не удастся снять тревогу, но внешне тревога незаметна. Охотно беседует с врачом, рассказывает, что в последнее время неуверенность и двигательное беспокойство прошли, но остались растерянность, непонимание того, что ему говорят. Этим объясняет отказ от просмотра телевизора, общения с людьми. Все же интересуется прогнозом, говорит, что лекарства ему вряд ли помогут. Считает, что единственный метод, который может облегчить его состояние, — это массаж. Просит направ-

вить его на массаж. Также говорит, что бывают мысли, что лучше умереть, но сам от этого не хочет. Говорит, что хочет жить активной жизнью. Настроен на лечение, так как в таком состоянии ему трудно работать и нет полноценного чувства сна. В отделении больной почти все время лежит в постели, обычно накрывшись с головой и отвернувшись лицом к стене, не реагирует на подходящих к нему врача и медперсонал. Немного раздражается, если ему говорят, что он спал и не слышал, как к нему подходили. Таращит глаза. Отмечает чувство неудовлетворенности сном. Говорит, что у него поверхностный сон, и он никак не может расслабиться. Говорит также, что ни от чего не получает удовольствия. Сообщает, что не может ни с кем говорить, так как у него недостаточная концентрация внимания. Изменений в своем состоянии не отмечает. Сообщает, что настроение у него одинаковое в течение всего дня. Отрицает какое-либо ощущение после лекарств, настойчиво утверждает, что никакие лекарства ему помочь не могут. Но в то же время настроен продолжать лечение, против приема лекарств не возражает. На предложения посмотреть телевизор, что-то почитать говорит, что у него плохая концентрация внимания, и он плохо читает по-русски, но, взяв в руки газету, пусть медленно, но читает напечатанный текст. В последние дни обратился с просьбой отпустить его в домашний отпуск — поселиться, пообщаться с мальчиками и девочками, проживающими с ним в одной квартире. Говорит, что также озабочен тем, что у него был простатит, и он не может удерживать мочу, и у него нет стойкой эрекции. По этому поводу хочет пройти после выписки стационарное лечение в соматической больнице.

Заключение психолога (от 13 февраля). Больной ориентирован в полном объеме. Контакт затруднен вследствие недостаточного знания больного русского языка. Высказывает жалобы на бессонницу, нарушение концентрации внимания, “раздражение, никакое настроение”. Настроение в целом ровное. Критичность по отношению к своему состоянию несколько снижена. Мотивация к исследованию формальная, пассивно подчиняем, к успехам и неудачам равнодушен. Инструкции усваивает с трудом, плохо их удерживает. Интересы к результатам не проявляет. Объем произвольного внимания в нижних границах нормы. Его длительная продуктивная концентрация значительно затруднена. Показатель непосредственного запоминания снижен: 5-4-4-7 из 10, ретенция снижена — 4, опосредование несколько снижает продуктивность мнестической деятельности — 3 из 10. Образы адекватны по смыслу, по содержанию конкретны, примитивны. Например, для запоминания понятия “веселый праздник” больной рисует, как человек смеется. Понятие “тяжелая работа” — усталый человек, понятие “я” — рис, “я кушать хочу”. Графика грубо органическая. Сфера мышления характеризуется конкретностью, чертами инертности, низкой продуктив-

ностью мыслительной деятельности. Эмоционально-личностная сфера характеризуется стеническим типом реагирования, ригидностью установок, склонностью к вспыльчивости в конфликтных ситуациях, примитивностью. Проективная диагностика выявляет ригидно-импульсивный тип реагирования, высокий уровень внутренней тревоги.

Таким образом, на первый план выступает когнитивное снижение по органическому типу, выраженные трудности концентрации внимания, значительное мнестическое снижение, конкретность, черты инертности в сфере мышления у примитивной личности с дисгармоничным сочетанием черт ригидности и импульсивности.

ВОПРОСЫ ВРАЧУ-ДОКЛАДЧИКУ

— Скажите, сколько длится депрессивное состояние? — Оно длится более 15 лет, но это точно неизвестно, потому что у нас нет объективных данных, мы можем судить об этом только со слов пациента. По крайней мере, по данным путевки, последние два года состояние не меняется. Возможно, были какие-то просветы, но трудно сказать.

— У меня вопрос Вы сказали “девочка”, там что, большая разница в возрасте? Я понял, что ему было 39 лет, когда он женился. — Это он ее называет девочкой. — А детей там не случилось? — Нет. Но брак длился только год. — А причину отсутствия беременности, он не объяснял? — Нет, не объяснял. — А причина развода? — Причину развода он объяснял противоречиво. То говорит, что ее хотели отравить ее отчим и отец, чтобы завладеть квартирой. А до этого говорил, что приходил какой-то человек, который хотел ее спойти и тоже, наверное, завладеть квартирой. Не знаю. В общем, после этого он взял нож и носил с собой, чтобы при случае припугнуть. — Он не вытиссался, он так и остался прописан там, да? — Так и остался. — Но она его прописала? — Ну да, прописала.

И. П. Лещинская. Вполне возможно, что он был прописан за деньги. Почему мы решили показать этого пациента? В принципе клинически картина ясна, ну, депрессия с особенностями. Но тут можно думать обо всем, от того, что это чисто установочные реакции заставляют его ложиться в больницу, до, естественно, тяжелого эндогенного заболевания. За то время, что он у нас лежит, у нас не сформировалась определенная точка зрения, мы колеблемся. Все-таки мы решили лечить его состояние по-настоящему, как эндогенную депрессию, мы ему колем мелипрамин. Сейчас уже дошли до приличной дозы — и реакции никакой, как вода, абсолютно. Мы думали, может какая-то тревога, какая-то ажитация появится. Ноль — как лежал, так и лежит.

— Скажите, пожалуйста, а эти его просьбы сделать ему массаж, там нет намека на какие-то сенестопатии?

И. П. Лещинская. Нет, он просто когда-то лечился массажем и ему это помогло, в отличие от препаратов, которые он принимал... — От чего ему помогло? — Его основная жалоба — отсутствие чувства сна. Он считает, что он не спит. А если даже он и спит, то он не отдыхает, он не получает никакого расслабления и удовольствия от сна. И если бы он начал хорошо спать и высыпался, то вообще проблем бы у него сейчас не было. Он даже показывает, что, например, он себя чувствует так вот, его тянет, тянет, мышечное напряжение, а ему хочется вот так вот. Вот так вот не получается, а после массажа получается.

— При этом объективно спит он нормально, да? — Со сведений персонала да, и днем, во всяком случае, когда мы к нему подходим, реакции никакой. Но когда мы его будим, он встает, говорит “я не спал”. И все, и начинает сердиться. — Так прозвучало, что примерно в 25 лет он поменялся, он был такой активный и веселый, как будто бы... — Он говорит, что он был веселый, да, такой веселый и жизнерадостный. А сейчас он стал унылый и тревожный, и неудачник. Говорит, что ничего не добился, ему стыдно перед друзьями, которые разбогатели и осуществили свою мечту. А он вот. — Но это еще на родине было, такое состояние? — Но там он был веселый. Хотя какие-то у него уже были сомнения в успешности. Поэтому он, видимо, сюда решил уехать. — Переезд сюда как-то повлиял на его депрессию? — Нет, он не выделяет.

— А вот с ножом он ходил почему? — С ножом он ходил, то ли себя защищая, то ли свою жену, трудно сказать. Он не может вербализовать это. Но несомненно там была какая-то ситуация, может, там все они пили. — Не обращался он куда-нибудь в правоохранительные органы? — Нет.

— А что у него с алкоголем? — Ну, он выпивает, конечно. В такой среде, на рынке, без этого невозможно. Но похмельный синдром у него не сформирован, и какой-то зависимости или желания алкоголем улучшать самочувствие он не обнаруживает. Но снотворных он перепробовал массу. И удовольствия от сна ни на одном снотворном получить не смог.

И. П. Лещинская. Надо сказать, что, конечно, он здесь подвергался и оскорблениям в милиции, так он рассказывает, и был бит несколько раз милицией, когда торговал. — А он жил в своей среде, когда приехал, или это была среда международная? — Мы не знаем, кто преобладал, но конечно, там не только выходцы их Юго-Восточной Азии.

Ведущий. Спасибо большое. Значит, ему сейчас 39 лет, да? — Нет, ему уже 40. 40 – 41 год. — Ну, 40 – 41. И как нам к нему лучше обращаться? Как Вы сами обращаетесь к нему? Как Вы его называете? — Можно Ахмед говорить, это его имя на родном языке.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Ведущий. Пожалуйста, Ахмед, проходите сюда.

И. П. Лещинская. Давайте, я с Вами сяду? Так спокойнее?

Ведущий. Вот сюда, поближе ко мне. — *Здравствуйте!* — Здравствуйте!

И. П. Лещинская. Мы предупредили, что это расширенная конференция, чтобы подобрать препараты и помочь. Все доктора — кто в халатах, кто без халата — все доктора. Это профессор.

Ведущий. Да, меня зовут Марк Евгеньевич. — *Ахмед.* — С Ириной Петровной спокойнее? — *Не понял.* — С Ириной Петровной спокойнее рядом, да? — *Спокойнее.* — Когда она рядом, да? Ахмед, скажите, пожалуйста, что Вы любите делать? — *Что?* — Что Вы любите делать в жизни? — *Люблю работать. Ходить на работу.* — Работать. Какая работа Вам нравится? — *Мне нравится вообще... Как сказать? Хотел бышим бизнесом заниматься...* — Заниматься бизнесом? — *Вообще хотел, да.* — А каким бизнесом? Все равно каким? — *Ну, все равно какой-нибудь.* — И Вы сейчас тоже занимаетесь бизнесом? — *Нет, сейчас я работаю.* — А как Вы работаете, кем? — *Помощник в торговле.* — Это тоже бизнес? — *Ну, это как я зарплату получаю. Это не бизнес. Просто я помощник.* — А что там продают? — *Там перчатки, часы, очки, изготовленные Гуччи.* — Ага. Ну, и Ваша работа в чем же заключается? Что Вы делаете? — *Я как рабочий там.* — Вы рабочий, вы приносите... — *Подаю.* — Да, подаете товар. — *Да, да.* — И давно Вы так работаете? — *А?* — Давно так работаете? — *Давно.* — Сколько лет? — *Давно.*

— Ну, а душа чем живет? Что нравится в жизни, кроме такой вашей работы? — *Хотел сам что-нибудь открыть.* — Вот приходите Вы после работы домой. Вы живете не один? — *Не один.* — Не один. Там у Вас квартира большая? — *Да, квартира.* — И там тоже живут рабочие люди, да? — *Живут люди.* — Они занимаются бизнесом? — *Ага.* — Там и мужчины, и женщины? Молодые все, да? — *Ага. Да, молодые.* — В разных комнатах? — *Там все работают.* — Ну, и что вы делаете по вечерам после работы? — *Вечером ничего особенного: готовлю, стираю.* — Вы готовить умеете хорошо? — *Сам себе, да.* — И что Вы умеете готовить? — *Ну, свои национальные блюда.* — Ну, и самое любимое блюдо, любимое Вашими товарищами, это какое? — *Не понял. Еще раз.* — Сколько у Вас там товарищей в квартире? — *Много. Трехкомнатная квартира.* — Трехкомнатная квартира. Но человек 6, 7, 8. — *Да, 8.* — Ну, и какое Ваше кушанье они любят больше всего? — *Я только один.* — Это что? — *Остальные — другие нации.* (Он только один ест свое. То, что он готовит, он ест один. Правильно я поняла? — И. П.) — А почему они не едят? — *Наши ребята едят меньше.* — А они все — ребята каких национальностей? — *Киргизские, узбекские.* — Киргизы и узбеки, да? Скажите, а киргизы, узбеки, они разные по характеру? Вы научились отличать? — *Непонятно.* — Непонятно? Но чем они отличаются от Вас по

характеру? — *Все непонятно. Язык у них одинаковый.* — Вы понимаете, что такое характер, да? — *Да, да. Язык у них одинаковый. Но я утром ухожу, вечером прихожу. И не знаю, у кого какой характер — я не успеваю определить.* — А в воскресенье, в выходные дни? — *У меня выходных нет.* — Нет. Ну, ладно. — *Там ребята в основном мало...* — Но все-таки, Ахмед, Вы особенный среди них? Вы отличаетесь от них душой своей? — *Ну, нормальные, в основном нормальные. Не пьющие, не курящие.* — Что Вы делали после работы дома? — *После работы дома?* — Ну, да, если не готовили еду себе? — *Просто сижу.* — Просто сидели? Читали немножко? — *Сижу и... читаю. Ну, телевизор смотрю, но так...* — Телевизор смотрели? — *Тож не могу смотреть. У меня нарушение концентрации, я говорил, из-за этого телевизор тоже не могу смотреть. Не могу ловить каждое слово.* — Но скажите, когда Вы чем-то заинтересованы, когда Вам что-то интересно, нравится, то тогда Вы понимаете лучше? — *Нет. Одинаково почти.* — Одинаково? — *Одинаково.* — И с каких пор вот так плохо понимаете, что происходит? — *Я одно слово могу ловить, второе — нет. Вот так бывает.* — Вы его просто не схватываете? — *Да, да.* — И что же, неясно, что происходит, о чем говорят? — *Но я... я слушаю, а что именно говорит — иногда пропадает слух.* — Но можно переспросить, если там что-то... — *Кого спросить?* — Своих. — *Но они не будут мне переводить каждый раз.* — Я не об этом. Если Вы говорите со своими товарищами в Вашей квартире, Вы тоже их не понимаете? — *Они понимают, у них с концентрацией проблем нет.* — Вы можете переспросить, правда? — *Нет, у них проблемы нет, как у меня. У них проблемы нет — они нормально слушают, а я нет.* — Я не говорю сейчас о телевизоре, я говорю о разговоре между вами, между теми, кто живет в квартире. Вы там понимаете друг друга? — *Нет, у них свой язык. Иногда тоже бывает... слушают.* — А они на каком языке говорят? — *На своем — киргизский, узбекский.* — По-русски они мало говорят? — *Говорят.* — Тоже говорят? — *Говорят.* — Во всяком случае, с Вами по-русски, да? — *Со мной по-русски, да.* — Ахмед, но скажите, Вы там все-таки такой одинокий, один? — *Я? Получается, да.* — Больше один. Кто с Вами в комнате живет? — *Ребята.* — Сколько человек? — *4 человека.* — Но там же всего 8 человек, а комнат 3? — *Трехкомнатная квартира. В нашей комнате 4 человека.* — Как же там кровати умещаются? — *Кроватей нет.* — На полу спите? — *Нет, для кроватей места не будет.* — А как спите? — *Матрасы.* — Матрасы на полу. Ну, а праздники какие-нибудь бывают? День рождения? — *Мы в основном не отмечаем.* — Какая-то дружба есть между товарищами? — *У них, между ними, естественно, что-то есть.* — Сколько там женщин? — *А?* — Женщин сколько? — *Двое.* — А остальные мужчины. Но, в общем, они к Вам хорошо относятся? — *Нормально.* — Хорошо, потому что Вы тихий? — *Да.*

Может, это тоже причина. — И сколько времени Вы так живете? — С ребятами? — Да. — Ну уже лет 5 – 6. — И все одни и те же ребята, да? Лет 5 – 6.

И вот Вы говорите, Ахмед, что все-таки какая-то есть у Вас болезнь нервная, да? — *Не понял. Еще раз. — Какая-то нервная болезнь есть? — Да, да. Нервы, беспокойство. — Вы слышите хорошо, да? И вот эта нервная болезнь сколько лет дает о себе знать? — Более 15 лет. — Более 15 лет! А раньше ее не было? — Нет, раньше не было. Даже 18 лет, можно сказать. — Даже не было в каких-то там кусочках, да? — Нет, раньше не было. — Нет. И в чем же она выражается? — А? — В чем выражается эта нервная болезнь? Как она дает о себе знать? — Все время беспокойство. — Это что такое? — Автоматически. Хочу, не хочу, от этого не зависит. — Как, как? Скажите понятнее, пожалуйста. — Беспокойство. Курю очень много. — Погодите, погодите. Беспокойство в душе? Это напряженность? — Напряженность. — Напряженность в душе. Напряженность про что? Или непонятно про что? — Непонятно что за беспокойство... — Часто непонятно про что. Так, так. Рассказывайте, рассказывайте. — Напряженная голова у меня, шея здесь напряжена. — Шея напряжена. — Голова тяжелая. — В душе напряженность. Притом непонятно, про что, да? Не знаю, про что я волнуюсь? — Я только страдаю, и никто не может вылечить. — Никто не может вылечить. А страдания вот в этой напряженности, в беспокойстве? — Раньше даже хуже... — Или, может быть, это тоска? — А? — Может быть, это тоска? Тоска, депрессия? — Может быть, может быть, да. Но раньше даже хуже, раньше даже такое расстояние я разговор не слушал. — Не слышал, потому что не мог сосредоточиться? — Раньше даже хуже была концентрация, хуже была. — Вы называете это “концентрироваться”? — Да. Я не могу. — То есть, Вы разговаривали с человеком, который рядом с Вами, и не могли сконцентрироваться? — Да, да, да. — Не могли сосредоточиться, чтобы понять, о чем он говорит с Вами? — Да, да, да. — И сейчас это то же есть? — То же есть это. — Но не так сильно. — Из-за этого я нормально работать не могу — Только механическая всякая работа? — Да. — Вот поднести, потаскать? И вот это продолжается 15 лет? — Более 15-ти, 18 лет даже. — 18 лет! Да. Ну, а вместе с этой постоянной напряженностью и неспособностью сосредоточиться что еще вас мучает? — Не понял. Еще раз. — Вы знаете, что такое тоска, депрессия? Depression — что это такое? — Не знаю. Когда я был маленький, не понравилось мне дома, я всегда хотел из дома куда-то уходить, уехать. Из дома, когда маленький. Дома мне не понравилось никогда. — Но Ваша тоскливость — это что? Можно сказать, что это душевная боль? Душа болит? — Не могу сказать. — Нет? — (Он говорил, что у него нет этого. Он показывал так. Вы помните, Вы мне показывали, что вот здесь болело 1 – 2 раза? И все. — И. П.) — Ну, не каждый день,*

не каждый день. Каждый месяц, раз в год, ... с левой стороны сильно прижимает, как я ... сейчас, типа так. — То есть, Вы чувствуете это физически? — Да, да. Это внутри не каждый день, это не каждый месяц. — Телом чувствуете? А что чувствуете? — Напряжение чувствую. — Напряжение внутри организма. Где-то здесь в груди? — С левой стороны, сердце, как-то я умру, вот так. — Это что, бывает такое тягостное напряжение, что хоть руками вырви это, да? Именно так? — Да. Да. — И это уже 15 лет такое? — Более, да. — А безразличие? — Еще раз. — Безразличие, ничего не хочется, все все равно. — Не понимаю. — Ничего меня не интересует, ничего не хочется, все все равно. — Да, да, да. — Вялость, как говорят еще, апатия. Может, слышали слово? Вот это есть? — Да. — И это есть все 18 лет? — Да. — Скажите, а эта вялость, то, что ничего не хочется, безразличие... — Мне хочется, наоборот. — Чего хочется? — Мне хочется что-нибудь делать. Я не люблю сидеть дома. — То есть можно так сказать, что хочется... — Хочется, но не могу. — Хочется хотеть? — Хочу, но у меня не получается. — Хочу жить... — Но плохо. — Хочу жить интересной жизнью, хочу что-то интересное делать, а ничего не хочется? — Да, да. — Вот так все? — Сплю тоже плохо. Из-за этого у меня сил, настроения не хватает. — Но не все же время настроение стоит на одном месте? — Одинаково. — Но бывает иногда веселее? — Нет. Когда солнце есть, мне тогда чуть-чуть лучше настроение. — Но вот солнце. — ...Да, солнце. А так нет. — Все-таки иногда светлее становится? — Ну, чуть-чуть разница. Небольшая разница. — Небольшая разница. А все-таки светлее становится на душе? — А? — Все-таки светлее на душе? — Чуть, да.

— А если вспомнить, что-нибудь светлое из детства? Детство вспоминается? — *Когда был маленький, когда ... — Как там жили на родине, да? — Было тогда все хорошо. — А бывает так, что Вы специально вспоминаете что-то хорошее? — Не могу вспоминать. Из-за концентрации тоже не могу. — Но если вдруг вспомнится, то легче? — А? — Если вдруг вспомнится хорошее из детства само собою, то легче, да? — Так нет, не сказал бы, легче. Не сказал бы, легче. — А хочется туда, домой, где Вы родились? — Я ездил домой 2 с половиной года назад. — И еще бы поехали? А, может быть, и не поехали бы? — А? — Может быть, поехали, а может быть, и не поехали. Сильного желания, острого желания нет, да? — Пока нет. Пока нет.*

Ну, а как Вы думаете, Ахмед, Вам нужно еще от чего-то полечиться, кроме от этого расстройства настроения? — *Не понял. Еще раз. — Вам нужно полечиться от расстройства настроения? — Да, да, да. — Расстройство настроения, не высыпаетесь, не чувствуете себя отдохнувшим, выспавшимся, да? Вот это главное? — Это главное. Если нормально спать, то здоров. Глубокого сна у меня нет. — Да. Но еще какие*

болезни? — *Еще какие?* — Еще какие болезни у Вас есть? — *Еще нет, все это...* — А вот с мочой что-то не так? — *У меня простатит появился.* — Это когда Вам сказали? — *А?* — Когда доктор сказал, что простатит? — *Это уже год.* — И что он Вам сказал? Как лечить? — *Он дал всякие лекарства. Всякие лекарства дал, но мне не помогло.* — Лекарство не помогло. Ну, а подруга у Вас есть? — *А?* — Подруга у Вас есть? — *Нет. Сейчас нет никого.* — Сколько лет уже нет? — *Лет 5.* — А как раньше было? — *Раньше нормально.* — Влюблялись так, что волновались? — *Было такое* — Значит, все-таки не все 18 лет было на одном уровне? Были состояния влюбленности, а? И тогда была жизнь? — *Да.* — А последние 5 лет? — *Нет.* — И желания никакого нет? — *Желание есть.* — Желание есть? А если желание есть, почему подруги нет? — *Ну, не знаю, почему. Мне столько времени дают всякие лекарства, мне не помогло, и дали направление, что в урологическую мне нужно, там будут лечить.* — Ахмед, что в мужском органе нет твердости? — *Нет, слабый стал. Слабый.* — Слабость в мужском органе, да? — *Да, да.* — А желание есть? — *Есть.* — И вот эта слабость, она продолжается сколько уже времени? — *Не понял.* — Эта слабость целый год продолжается или больше? — *Год, один год.* — А подруга Ваша где сейчас живет? — *У меня постоянной ... нет. Постоянно никого не было.* — А подруга, с которой Вы были вместе 10 лет назад, где она сейчас? — *Не знаю.* — Но она не там, не в Вашей квартире? — *Нет.* — А в Вашей квартире никто не понравился Вам? — *Не понял.* — Из женщин в Вашей квартире? — *Что женщины?* — В Вашей квартире есть две женщины, да? — *Да. У них есть мужья.* — Ах, у них есть мужья. Итак, нельзя сказать, что Вы страдаете оттого, что у Вас нет подруги, оттого что нет близости любовной? — *Да, да.* — Страдания нет? — *Не понял.* — Страдания нет или Вы переживаете? — *Страдание есть.* — Есть страдание? Как-нибудь Вы помогаете себе страдать меньше? — *Как помочь? Я не знаю, как себе помочь.* — Сны всякие снятся? — *А?* — Сны любовные снятся? — *Нет.* — Скажите, пожалуйста, как Вы себе представляете, чего бы Вам хотелось, если бы можно было все, что хочется, получить? — *Не понял. Еще раз. Как себя?* — Чего бы Вам хотелось, если бы можно было все получить? — *Что именно, что именно? Я хочу, чтобы у меня все изменилось.* — Каким образом? — *Я откуда знаю?* — Я понимаю, что Вы сами не знаете, как это сделать. — *Я 18 лет* — Но каким бы Вы хотели стать? — *Не знаю. Может, нормальным, как обычный человек.* — А что значит “нормальный”? — *А?* — Что значит “нормальный”? — *Нормальный, как обычный человек.* — А лет 15 – 20 назад, какой Вы были? — *Лет 15 чего?* — Лет 15 – 20 назад какой Вы были? — *Не понял. Еще раз.* — 15 – 20 лет назад, когда еще не было вот этой напряженности... — *Лучше, лучше.* — Расскажите, какой Вы были? Что значит “лучше”? Что Вам нравилось делать? Чем Вы

занимались? — *Молодой был тогда, гулял.* — Ну, вот и расскажите. — *С друзьями ходил куда-то, плавал.* — Где плавали? — *В реке.* — Куда ходили гулять? — *По городу, в лес.* — Было, даже, сифилисом заразились? И вылечились? — *Да.* — Ну, а что еще было интересного в жизни, когда Вы были здоровы? — *Интересного больше ничего не было ... С друзьями сидели, болтали, гуляли. Ну, у нас сухой закон, у нас никто не пьет.* — Ну, да. Ну, а дома были какие-то тяжелые события все-таки? в Вашей стране? Что там было? Расскажите. — *После смерти... После того, как мой отец умер... И у меня было немножко напряжение. Надо было из дома уехать куда-то, денег заработать. Отец был наш главный человек в семье. Напряжение, что ... семья, отец умер и семью содержать тоже деньги надо.* — Так. — *Вот я хотел что-то делать.* — Вы чего-то боялись? — *А?* — Вы чего боялись тогда? — *Ничего не боялся. Просто хотел денег заработать. Боялся, что семья как будет теперь... после того, как наш отец умер.* — Кто же остался? — *Пять братьев и сестра.* — Осталась мама. — *Мама.*

— Ну, а здесь удалось жениться? — *Не понял.* — Здесь удалось жениться? Здесь, в России? — *Лучше со мной не было, пока не было лучше.* — Вы женаты были здесь? — *Был один раз, да.* — Сколько времени были женаты? — *Сколько времени был женат?* — *Да.* — *Ну, жили мы 3 года.* — 3 года. А потом? — *Потом разошлись.* — Вы разные были? — *Хорошо было. Но разошлись мы по совсем другой причине.* — По какой? — *Ну, у моей тещи был друг. Когда меня не было дома, он заходил в квартиру. Из-за него скандалы были все. Вот это была причина.* — Он думал о квартире вашей, да? — *Да.* — Ну, и когда вспоминаете сейчас это, что чувствуете? — *Я ... вспоминаю. Бывает, вспоминаю, да.* — Рады, что ничего плохого там не случилось, что уехали? — *Могло бы случиться.* — Могло бы случиться? — *Могло бы случиться.*

— Скажите, по-русски что Вы читали? — *По-русски чего?* — По-русски что Вы читали? — *По-русски вообще не читаю. Очень плохо читаю.* — Так. А кого Вы читали из своих писателей? Из своих писателей? Расскажите, пожалуйста, какой писатель из ваших писателей Вам особенно интересен? — *У нас есть Тагор. Это наш.* — Рабиндранат Тагор? — *Да, Рабиндранат. Наш.* — И чем он знаменит? Ведь его знает весь мир. — *Книга называется “Итанжоли”.* — Как? — *“Итанжоли”.* (“Гитанджоли” — “Жертвенные песни” — прим. врача-докладчика). *После этого он получил Нобель.* — Получил Нобелевскую премию — *Да.* — И ведь это первый писатель Востока, который получил Нобелевскую премию? Что Вы помните из произведений Тагора? — *Что именно?* — Что Вы помните из его “Жертвенных песен”? — *Честно говоря, сейчас ничего не помню.* — Ну, хорошо. Писал Тагор прозу? — *Это давно я читал. Это 100 лет назад было. Я уже не помню.* — Ахмед, ну, а все-таки что-нибудь в душе хранится из того, что Вы читали в

детстве, в школе изучали? — *Не помню уже.* — А какие предметы Вы изучали? Все-таки сколько Вы классов окончили? — *Я даже в колледж поступил. У нас был свой язык, английский, история, философия и политические науки. Философию я вообще не люблю.* — Философию не любите? — *Тяжело очень.* — Тяжело, да. А что любили из предметов? — *Политические науки.* — Политические? Что Вы из политических наук помните? — *Уже просто забыл, честно говоря, сдаюсь.* — Сдаюсь. Ну, хорошо. — *Не могу перевести на русском языке. А так мог бы Вам объяснить.* — Ну, а по-бенгальски Вы писать можете? — *А?* — Писать можете? — *Да.* — И читать можете? Конечно. — *Да.* — А английский язык ведь там у вас хорошо изучают? Вы старались изучать английский язык? — *Но я немножко знаю, тоже нехорошо. Нехорошо.* — А что значит “нехорошо”? — *Ну, так понимаю немножко, читаю, говорю. Это не значит, что я очень хорошо знаю.* — Are you shy? — *Are you shy?* — Yes. And what did I do about? — *Я не понял. Еще раз.* — What did I ask you about? — *Не понял. Еще раз.* — Shy? Doubts? — *Shy — это устал.* — Это застенчивость. Вы знаете, что такое застенчивость? (Стесняться. Стеснительный. — И. П.) — *Да, стесняюсь.* — Стесняться — совсем неплохо. Ну, ладно, а сами хотите что-нибудь спросить, Ахмед? — *А?* — Сами хотите что-нибудь спросить у меня? — *Ну, мне уже сказали, что...* (Профессора ни о чем не хотите спросить? — И. П.) *Нет, ничего нет такого спросить.* — Может быть, ну, может быть, спросить: что со мной будет дальше? — *Я не знаю, что будет со мной дальше. Я не знаю.* — Что мне делать? Как мне выбраться из этого настроения? — *Вот я уже 15 лет ... никто не мог меня вылечить. Я не знаю, вылечит кто-нибудь меня. Я не знаю.* — А как лекарства действуют? — *Никак. Пока лечили, никак...* — Сколько лет Вам пробуют помогать лекарствами? — *Я долго никакое лекарство не принимал, никакое.* — Никакого лекарства долго... — *Не помогало — бросил, не помогало — бросил.* — Но ведь лекарства нужно принимать некоторое время, чтобы ясно было: помогает оно или нет. Но хотя бы месяц принимали лекарства? — *Месяц я принимал. ... больше месяца.* — А что Вы принимали месяц? — *Этаперазин, финлепсин, феназепам, тазепам, еще всякие.* — Ну, а какие-нибудь антидепрессанты Вы принимали? — *Амитриптилин...* — О, как хорошо знаете лекарства! Амитриптилин принимали. Что еще принимали? — *Прам.* — Так. А анафранил принимали? Анафранил? — *Нет.* — И никакое лекарство Вам не помогало? — *Никакое лекарство не помогало. Но сейчас мне дают, сейчас мне дают антидепрессанты: амитриптилин дают, который не помогает.* (Мелипрамин, эглонил. Мы ему говорим, чтобы он запомнил. — И. П.) — *Не понял. Еще раз.* — (Мы Вам потом еще раз назовем. — И. П.) — Можно сказать, что Вы все меньше верите лекарствам? — *Я верю. Хочу верить.* — Это правильно. — *Да. Но у меня ни-*

как, ничего не получается. (А про массаж расскажите. Как Вам массаж помогает. — И. П.) *А массаж успокаивает.* — Какое настроение после массажа? — *Лучше. После массажа лучше.* — Что, живее, светлее, что-то делать хочется? — *Лучше сплю я.* — Лучше сплю. (А массаж делают какой? Шею Вам, что массируют? — И. П.) *Шею, спину. Да.*

— Какие отношения у Вас с животными? — *А?* — С животными какие отношения? — *С кем?* — С животными: с дикими, домашними животными? (Там тигры бенгальские. Он мне про тигров рассказывал бенгальских. Да? — И. П.) Тигры, Вы же видели тигров? Видели своими глазами. Расскажите, пожалуйста. — *Да. А что скажу? Тигр, как тигр.* — Вы тигра видели в клетке или в жизни? — *Мне тяжело очень. Вот я так ближе сижу, я вообще его не слушаю...* (То есть, Вам надо дальше сидеть? — И. П.) *Извините, просто у меня вот никак не получается.* — Кого не слушаете? — *Вас. Все время не могу ловить каждое слово.* — Потому что голова устает? Голова устает соображать, что я говорю? Трудно концентрироваться, да? — *Да.* (А меня слышите? Меня слышите? — И. П.) *Слушаю.* — С Ириной Петровной говорить меньше устаете? — *Вот здесь народу много, у меня напряжение больше.* (Естественно, конечно. Вы молодец ... — И. П.) — Да, Вы молодец, Вы нам много рассказали. — *Я не ожидал, что придет столько народу и я буду Вам все говорить.* — Молодец! И много интересного рассказали. Вот только про тигров бенгальских... — (Про чай он много интересного знает, какой чай выращивается. Оказывается, там горы, и чай выращивают. Правильно? — И. П.) — *Да.* — (Но Россия не покупает их чай. Россия только индийский покупает. Да? А у них хороший чай, в другие страны идет. Правильно? — И. П.) — *Да. Качество хорошее.* — Значит, все-таки не все равно и сейчас, какой чай пить? — *Индийский чай пью. Наш чай здесь не продается. А качество одинаковое — разницы нет.* — А чай с чем пьете? — *Чай просто с сахаром пью.* — Просто с сахаром. И свое кушанье готовите? Как оно называется? — *Торкари.* — Торкари? Там перца много красного, наверное? — *Да, перца много.* — Торкари с перцем. — *Мясо, приправа.* — (А у нас еда ничего? Вам в больнице нравится наша еда? — И. П.) — *Нормально. Пока нормально. Пока не устал.* — (Пока не устали есть, да? — И. П.) Ну, ладно. И все-таки, Ахмед, до того как Вы заболели 15 – 18 лет назад, получается: жизнь тоже была не особенно интересная? — *Но после того как появилась у меня эта болезнь...* — До этой болезни? — *Да. Уже интерес я потерял.* — Интерес потерял. Но и раньше интерес был такой не ... — *Раньше было все нормально.* — Что значит “нормально”? — *Ну, когда этой болезни не было.* — Вы были весельчак? — *До этой болезни я был более веселый...* — Вы любили читать, петь, играть? Это было? — *Читать я любил. Газеты люблю читать.* — А что Вы читали? — *Ну, всякие газеты, что пишут.*

— А больше ничего? — *Я люблю только газеты читать, да.* — Ну, ладно. Итак, Вы в молодости, ну, сейчас тоже молодость, в юности, в школьные годы кем хотели стать в жизни? — *Не понял. Еще раз.* — Учителем, инженером, врачом, артистом? — *Когда-то хотел.* — Когда? — *Когда? Когда в школе учился. А после школы не захотел.* — А в школе кем стать хотели? — *А?* — А в школе кем стать хотели? — *В колледже учился, но тоже после колледжа не захотел.* — А кем Вы хотели в школе стать? — *Я хотел вообще работать. Торговать хотел, бизнесом заниматься.* — То есть, не артистом, а торговать? (Бизнесменом. Деньги хотел зарабатывать. Правильно? Молодец. — И. П.)

Пожалуйста, вопросы Ахмеду.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

— Ахмед, Вы когда были на родине, Вам там было легче, когда все люди говорят на Вашем языке, когда Вы не чувствуете напряжения, когда не чувствуете угрозы? Вам было легче там? — *Дома есть дома, дома лучше.* — Дома лучше. Почему Вы не остались там? — *Ну, ... мой отец умер.* — Но отец умер уже давно. — *Да. И после этого я решил... У меня еще два брата здесь учились, два брата. Здесь друзья приехали, потом из-за них я приехал.* (Они компанией выехали сюда. Братья здесь учились. — И. П.) — Но это было 15 лет назад. А вот 2 года назад Вы приехали туда. Почему Вы не остались? Почему Вы не захотели остаться? — *Но у меня такое положение: столько времени я здесь живу и для себя ничего не мог делать. Мне там неудобно жить. Просто себя здесь прячу.* *Да. Там мне...* — Да. Вы не хотите туда ехать, потому что Вы ничего не добились в России? — *Рано или поздно поеду, конечно. Родина есть родина.* — То есть, Вы хотите все-таки вернуться? — *Конечно.* — Сначала заработать деньги, да? — *Да.* — Ахмед, все-таки есть какое-то дело, что-то, что приносит Вам удовольствие сейчас? Удовольствие что может принести? — *Ну, если бы с головой было в порядке, я бизнесом занимался бы.* — Это понятно. Но что радует сейчас? Что радует? Деньги только? — *В данный момент?* — Да, в данный момент. — *Ничего!* — Ничего. А если сейчас у Вас будет много денег? Вот Вы зарабатываете. — *Если сравнивать, такое состояние: пускай дадут мне миллион долларов, у меня все равно ничего не изменится.* — Ничего не изменится? — *Если мне сейчас дадут миллион долларов...* — То есть, сначала все-таки избавиться от состояния, а потом уже деньги? — *Да, да.*

— А Ваш отец по профессии кто? — *Не понял.* — (Кем работал отец, специальность? — И. П.) — *Отец был рабочий.* — Рабочим. Вы жили в большом городе, в столице? — (Они жили в окрестностях столицы — И. П.) — *Да.*

— Вы мусульманин? Вот Ваш отец был мусульманин. — *Да.* — Мама была мусульманка? — *Вся семья мусульмане.* — Вся семья. Вы не очень верующий человек? Вы верующий человек? — *Верующий, но здесь нарушаю.* — Нарушаете? — *Да. ... нарушаю.* (Он опасается иногда, что это состояние может быть, как наказание какое-то. — И. П.) — *Да, наказание ...* — Наказание, за то, что Вы не очень верующий? — *Да. Мама ругает.* — Мама ругает за то, что Вы не очень... — *Да, я молитвы не читаю. Вот. Здесь ... пью пиво. Есть такая привычка. Но она не знает об этом. Я не говорю.* — А как часто Вы пьете пиво здесь? — *Могу, пожалуй, 1 месяц пить, 2 месяца не пить.* — То есть, каждый день пьете сколько? Одну бутылку... — *Одну, две, три. Не больше.* — Не больше? Когда Вы выпиваете, Вы чувствуете лучше себя? — *Нет. Никакого изменения нет. Это просто повод.* — Что? — *Повод просто, чтобы пить. А так вообще изменений нет. Лучше ничего, нет.* Сон не улучшается, ничего, никаких изменений? — *Нет, ничего. Наоборот, хуже делает.* — Хуже? — *Когда пью, плохо сплю.* — Плохо спите. Ну, сон, наверное, самое важное, да? — *Да.* — Самое плохое, что ... — *Да.* — Вы спите, ведь хорошо, много спите. Но у Вас утром нет чувства, что Вы спали? — *Да.* — Можно так сказать? — *Да. Нет, я не спал. Я плохо сплю. Утром такое чувство, когда встаю, не чувствую, как человек.* — А плохо спите, это что значит? Вы плохо засыпаете? — *Плохо засыпаю.* — Просыпаетесь? — *И просыпаюсь, да.* — А во сколько Вы просыпаетесь утром окончательно? — *Ну, могу в 5 часов. Сегодня, допустим, в половине третьего.* — Половина третьего. И дома также было? То есть, очень рано? — *Да.* — Сколько часов Вы спите? 5 часов? — *Но я не сплю нормально.* — Нормально не спите. — *Если нормально спал бы, 7–8 часов для меня хватило бы. Раз я ненормально сплю, значит, мне хочется дольше и дольше спать. Дольше остаться в кровати.* — То есть, Вы просто лежите в кровати, только не спите? — *Да, да.* — И это уже много лет? — *Много лет.* — Все-таки, Ахмед, когда Вы были женаты, хоть немножко легче было? Меньше напряжение? — *Не сказал бы. Чуть-чуть, может быть, были немножко изменения, чуть-чуть. Это незаметно было.* — А вот были в Вашей жизни состояния, когда Вы чувствовали эйфорию, хорошее настроение? Что очень хорошо? Весело? — *Это когда я был маленький, когда мне было...* — Только когда маленький? — *Да. 20 лет, 22 года.* — Это было прямо очень хорошо? — *Тогда да. Тогда да.* — А вот последние годы ничего, ничего такого не было? — *Нет.*

— Музыка как действует на Вас? — *Музыку я люблю. Но из-за концентрации, музыка тоже для меня неинтересна.* — Неинтересна. А раньше? — *Раньше, да, раньше нормально.* — Какая музыка была? — *Свои, индийские.* — Индийские. Поднимала душу? Оживляла, поднимала душу индийская музыка? — *Да, да.* — Скажите, а чем отличается тигр от автомо-

бия? — *Чем отличается тигр...* — Тигр от автомобиля? — *Автомобиль есть автомобиль, тигр есть тигр. Так я понимаю.* — Ну, а разница, а разница все-таки в чем? — *Автомобиль едет...* — И тигр двигается. — *Тигр самостоятельно, а автомобиль — через бензин.* — А можно автомобиль так устроить, что он тоже самостоятельно, без человека, без водителя будет двигаться какое-то время? — *Был такой случай, да.* — Можно? Тогда в чем отличие от тигра? — *Все не понял я. Еще раз скажите.* — В чем разница между тигром и автомобилем? Двигаться может и тот, и другой. — *Ну, одно — животное, второе — как машина.* — Животное и машина. А в чем разница? — *В каком смысле?* — Ну, чем животное отличается от машины? Ну, подумайте. Вы же это в школе, наверное, проходили? — *Я понимаю: животное есть животное, машина есть машина.* — Это да. Но все-таки что-то отличает животное от машины. — *Машина — это искусственная вещь, а животное это...* — Это что? — *Машина — это искусственная.* — Ну, хорошо. Машину сделал человек. Да? А тигр? — *Сам.* — Сам родился на свет. Ну, а если это не тигр? Если это какой-то камень? — *Какой-то камень?* — Камень, да. — *Камень не бегал бы. Был бы камень, он не бегал бы.* — Ах, он не бегал бы, да? Ну, хорошо. А вот звезды, они же движутся? — *Не понял.* — Звезды движутся? — *Такие сложные вопросы задаете мне. Вообще я не могу отвечать.* — То есть... — *Я плохо соображаю до сих пор. Я не могу четко отвечать на любой вопрос.* — Плохо соображаете в том смысле, что... — *Да, из-за концентрации я плохо соображаю.* — Не можете сконцентрироваться. — *Я не могу четко отвечать.* — А на этот вопрос Вы могли бы ответить 15 лет назад? — *15 лет назад, да, отвечал бы четко.*

Ведущий. Если больше нет вопросов, мы Ахмеда отпустим и пожелаем слушаться своего доктора, чтобы скорее стало живее, веселее. Ну, и работать уже как-то по-другому, не только подносить какие-то там вещи, товары в бизнесе, но и самому что-то интересное делать. — *Спасибо.* — Всего доброго! — *Всего хорошего!* — До свидания, Ахмед! — *До свидания!*

Врач-докладчик. Мы расцениваем статус, в данном случае психический статус больного, как тревожно-депрессивный с выраженным анестетическим компонентом. Отмечается явление деперсонализации, а также ипохондрическая фиксация на своем состоянии. Обращает также внимание, по крайней мере вначале, моторная заторможенность, в то время как идеаторная заторможенность практически не выражена. И кроме того, ответ на терапию очень слабый, почти незаметна была реакция на мелипрамин, на введение мелипрамина по 50 мг внутримышечно, даже, может быть, и 75 мг внутримышечно. Но пока идет только 10-й день лечения, и антидепрессанты были назначены не сразу, а примерно неделю назад.

В отделении больной ничем не занимается и не стремится к общению ни с кем. Но в последнее время

он стал иногда улыбаться. Вечером я видел, как он немного читал газету. Были случаи, что он отвечал на телефонные звонки по мобильному телефону. Но в то же время он говорит, что никакого настроения нет, состояние в течение дня одинаковое, оно никак не отличается и ничто не доставляет удовольствия. Чувства отдыха после сна он не отмечает. И вообще расслабления во время сна и глубины сна он не чувствует. Но аппетит, он говорит, удовлетворительный. И, кроме того, по данным заключения психолога, отмечается значительное снижение памяти.

Тут есть объективные трудности оценки состояния. Во-первых, в связи с тем, что прошло еще недостаточно времени с начала лечения, во-вторых, затруднен контакт с пациентом, т.е. он недостаточно хорошо знает русский язык. Кроме того, у него отмечаются явления деперсонализации. Ощущения у него, собственно, крайне ограничены. Но в то же время, мне кажется, что есть какое-то улучшение состояния, но оно пока незначительное. Можно пока только предположительно говорить о диагнозе, проводить дифференциальный диагноз. В дальнейшем в зависимости от того, какой будет ответ на лечение, на активную терапию (мелипрамин, эглонил, амитриптилин), и от динамики состояния можно будет уже более определенно высказать суждение по поводу диагноза. В настоящее время я считаю, что можно проводить дифференциальный диагноз между анестетической эндогенной депрессией и невротоподобной пизофренией. Но я склоняюсь в пользу анестетической депрессии, потому что нарушенный мышления психологом никаких не было найдено. Об эмоциональной измененности сейчас говорить трудно. Он почти не общается, но может быть, ему действительно не хочется общаться с теми пациентами, которые его окружают, и кроме того, он действительно недостаточно хорошо говорит по-русски. Ну, и для оценки волевого компонента, я считаю, времени прошло недостаточно. Ну, а то, что он ничего не добился, — так это еще и потому, что он изначально был невысокого интеллектуального уровня и реально испытывал трудности. И многие из тех, кто занимался таким же делом, тоже не добились успеха.

В дальнейшем, главное, чтобы у него улучшилось состояние, чтобы он адекватно воспринимал окружающее, чтобы сон налачился, чтобы он был бодрым, чтобы настроение выровнялось и чтобы он смог уже работать и, соответственно, хотя бы что-то зарабатывать. И все-таки ему придется принимать лекарства, надо как-то убедить его, что необходимо не бросать терапию, что иначе может опять ухудшиться состояние.

ОБСУЖДЕНИЕ

Ведущий. Уважаемые коллеги, кто хочет выступить? Пожалуйста.

Д. Ю. Павлов. В моей жизни так случилось, что я сталкивался с такой культурой в России. Она такая и современная, и вот эти тысячелетия позади, то же есть. У них есть касты, и торговать у них может вовсе не каждый. Сын рабочего, шесть детей, он получает образование четыре класса — этот рабочий не вписывается в их схему. Россия считается у них страной второго сорта по торговле, но прибыль здесь больше. Он не разбогател и карму свою не отработал точно. Он неудачник не в нашем понимании, но в их понимании. Да. Он не выполнил предназначение в жизни. Вполне, так сказать, сильный повод для депрессии. Он торговал, будучи хозяином, а потом стал продавцом — это динамика у них очень нехорошая. Они часто женятся здесь, это престижно жениться на белой женщине, они хорошие мужья. Он плохой муж. И вообще принято у них снимать квартиры не на одного, у них такие гильдии купцов, очень дружные. Спасибо.

И. П. Лещинская. А психотерапевтически что посоветуете?

Ведущий. Болезнь какая?

Д. Ю. Павлов. Я все-таки склоняюсь, честно говоря, к шизофрении. Но терапевтически ... он повеселел.

И. П. Лещинская. Ну да, когда вышел, он спросил с радостью: “Это что, тут столько народа ради меня собралось?” Ему это было очень приятно.

Д. Ю. Павлов. Да, и он должен радоваться, и двигаться хотя бы час в день А русский язык он знает хорошо. Нормально говорит. Вообще, по их меркам, он должен быть дворянином. Такая у него внешность. Не простой он человек. У меня это совершенно не складывается. Не может торговать человек из другой касты. Ему не дадут. Может, ему не дали раскрыться.

Г. А. Меркин. Спасибо большое за комментарий, очень интересно. Это в принципе, мне кажется, как раз укладывается в его статус, в то, что доктор отметил. Единственное, что можно тут добавить, это парамимия. Его мимика в общем достаточно своеобразна, с одной стороны, с другой — достаточно типична для таких пациентов. Он, конечно, скован мимически, но при этом отчетливо видна напряженность во взгляде. То есть, элементы парамимии присутствуют. Потом обратило на себя внимание, что когда начали задавать вопросы на выделение существенных признаков, он “поплыл” немножечко. Это было заметно, он не мог четко сразу ответить, что же, собственно, отличает тигра и автомобиль. Он с трудом определил, что тигр живой, а автомобиль — это искусственное изделие. И, соответственно, учитывая Ваши слова о том, что он был хозяином, а стал продавцом, то тут, конечно, имеется определенный социальный дрейф. Поэтому все-таки в рамках классической школы, мне кажется, что это больной эндогенно-процессуальный, мало-прогредиентный. В отношении лечения, наверное, действительно большие дозы трициклических анти-

депрессантов — единственное, что может помочь. Спасибо.

А. В. Павличенко. Со статусом я принципиально согласен и с диагностической концепцией, которая выработана в отделении, тоже. Однако, мне кажется, здесь могут быть и другие мнения. Есть тревожные симптомы, есть депрессивные симптомы. И наверное, статус можно больше определить как тревожно-депрессивный. Но мне кажется, что выделять деперсонализационный компонент как ведущий, анестетический деперсонализационный, нет достаточных данных. Это мы подразумеваем, что он есть. Все-таки деперсонализационный компонент и выявление этого компонента требуют вербализации. Вербализации недостаточно из-за незнания языка. Это элемент именно соматодеперсонализации, отсутствие удовольствия, чувства сна, ангедония. Но в силу языкового барьера нам трудно выделять это. Но есть другие классические компоненты: депрессия, инсомния, когнитивные нарушения, нарушения внимания, нарушения памяти. Непосредственно депрессивный аффект все-таки не ведущий, то есть мы не можем говорить, что это тоскливая депрессия. Хотя элементы витальности звучат, но это не тоскливая депрессия, а больше тревожная. Здесь есть элементы того, что формально не является депрессивным синдромом: чувство напряжения, неспособность расслабиться, какие-то сенсации, которые имеют место, — все это компоненты генерализованного тревожного расстройства. Но в принципе сейчас американская психиатрия склоняется к тому, что все-таки тревожно-депрессивное расстройство есть некая уникальная единица. И мы это видим постоянно. Разделить — больше напряжение, больше тревога или все-таки аффективное состояние — это часто невозможно. Мне кажется, этот пациент, тому пример. И он просто не подчеркивает, мне кажется, деперсонализационный компонент из-за языкового барьера.

Я бы хотел обратить внимание больше на некоторые другие, этнические вещи. Сейчас в мире достаточно много занимаются мигрантами, в первую очередь в Англии, в Америке. И что они говорят? В чем, например, специфика депрессивных расстройств у мигрантов, в частности у афро-американцев в Америке или у представителей Карибского региона в Англии? Во-первых, это все практически отмечают, — худшая реакция на фармакотерапию. Да, и здесь, кстати, тоже доказательство. Во-вторых, неразработанность когнитивного компонента, в частности, идеи вины, виновности и так далее, это не звучит. И в первую очередь представленность преимущественно соматовегетативного компонента депрессивных расстройств, здесь это тоже понятно. Я вот недавно был на конференции в Индии. У них вообще депрессивные расстройства преимущественно протекают не с ангедонией, не с чувством вины, не с когнитивными

нарушениями, а преимущественно с соматовегетативными нарушениями.

И у мигрантов, которые живут в Индии, которые живут в Англии или в Америке, тоже отмечается представленность именно этого компонента. И мне кажется, все-таки патоопластика имеет место. То есть, то, что делает депрессию более длительной, хронифицирует ее, то, что хуже реакция на препараты — это все-таки за счет пребывания в другой среде. Потому что все-таки изучение другого языка, пребывание в другой культуре — это очень важные моменты, которые абсолютно не разработаны в психиатрии, только сейчас начинают разрабатываться. В частности, я недавно был в Израиле, израильские психиатры отмечают, что у русских мигрантов, которые приехали в страну, уже будучи больными или шизофренией, или аффективными расстройствами, принципиально по-другому течет расстройство, и на уровне лингвистических особенностей, и на уровне компонентов, так скажем, мозговой структуры. Здесь много чего, что следует изучать. Потому что миграция, переселение, большие переселения, некая глобализация, это некая в своем роде среда, которая имеет место во всем мире.

Мне кажется, если бы он все-таки вернулся на родину, то, наверное, в плане лечения было бы лучше и в плане течения заболевания. Потому, что фактор переселения, миграционный, мне кажется, ответственен за хронификацию его депрессивного состояния. А так, конечно, если говорить в диагностических категориях, мы можем говорить здесь о хронической депрессии. Хотя эту депрессию делает хронической, но не резистентной и тот факт, что все-таки он по большому счету нормально не лечился. Он принимал, может быть, месяц серотониновые препараты в невысоких дозах, а здесь требуются высокие дозы. И мне кажется, ваша тактика принципиально правильная: высокие дозы мелипрамина, конечно, 10 дней это еще мало. Но статус, который прозвучал при поступлении, и сегодняшний статус, мне кажется, отличаются. Есть положительная динамика: он улыбается, он изменился. Он не признает этого, но здесь и установки есть. Вне всякого сомнения, это больной с затяжным аффективным расстройством. Но факторы рентные, конечно, звучат. Возможно, он не хочет возвращаться на родину. Он не хочет возвращаться неудачником. Он оттуда приехал, старшие братья разбогатели; живут в Америке, в Англии, где-то там еще. А он как бы ничего: он живет с киргизами, на раскладушке, и так далее. И, конечно, я думаю, того же самого можно было бы достичь на родине, но... Может быть, все-таки и мусульманское мировоззрение дает о себе знать, все-таки он мужчина, который ничего не добился, не построил семью, не родил, это звучит. То есть, вот лузерство, лузерство. То есть здесь факторы, с одной стороны, этнические, миграционные и, так скажем, религиозные, которые все вместе хронифицируют болезнь. А в плане лечения, мне кажется, вы правы: вы-

сокие дозы мелипрамина, и если встать на точку зрения, что это деперсонализационный компонент, то, конечно, тоже мелипрамин — это препарат выбора при лечении деперсонализационных компонентов. Трудно здесь говорить о деперсонализации из-за языкового барьера, но я говорю в рамках хронической депрессии или рекуррентного депрессивного расстройства — здесь непринципиально, что по длине мы выстраиваем. А в плане психотерапии, мне кажется, он не пойдет, не пойдет на нее абсолютно.

И. П. Лещинская. Массаж назначили, рефлексотерапию.

А. В. Павличенко. Да. Опять же в силу, нельзя сказать “примитивности”, но в силу доминирования у индусов и других народов Азии соматоперцептивного компонента депрессии и неразработанности когнитивного компонента, будет больше реакция на такие расслабляющие техники — на массаж и так далее, но когнитивные методики здесь абсолютно безуспешны. Ну и конечно, необходимо возвращение на родину. Я согласен с доктором, который говорил, что нельзя лечить психические расстройства в другой среде. Я это понял, кстати, в Израиле, когда был там. Там есть психиатр, который эмигрировал — Владимир Лернер, известный профессор, но он не знает иврит в совершенстве. И для того, чтобы общаться с пациентами, он приводит секретаря, который говорит и по-русски, и на иврите, он двуязычен изначально. Потому что если человек приезжает в другую среду, не будучи двуязычным первоначально, он не может работать психиатром. Это мое мнение.

И. П. Лещинская. Тут все уже сказано. Я тоже считаю, что статус, конечно, тревожная депрессия с анестетическими компонентами, с деперсонализационными. Конечно, жизнь и среда, в которой он обитает, не дает ему возможности выйти из этого состояния. Потому что каждое преодоление будет ставить новые задачи, которые он здесь объективно решить не может, а это как бы уход в болезнь, тут это совершенно четко. Поэтому и отрицание абсолютное какой-то динамики. И в общем-то установки на вылечение нет, потому что иначе он бы не бросал терапию, он бы слушал врача и продолжал принимать лекарства. А он вот так приходит, когда ему совсем плохо, и уходит, когда ему, видимо, чуть лучше. И все-таки он работает, и все-таки он как-то существует. То есть степень адаптации в данной ситуации у него какая-то есть.

Поэтому я не знаю, удастся ли нам добиться признания того, что состояние его улучшилось. Но, во всяком случае, может быть, какое-то ощущение жизни и уменьшение вот этих ощущений невыспанности и так далее позволит ему выписаться и как-то продолжать работать. А на психотерапию, мне тоже кажется, он не пойдет, потому что он старается говорить и не слушает возражений. Когда ему начинаешь возражать и убеждать, что не так все плохо, он начи-

нает раздражаться, начинает с еще большей силой доказывать, что все ужасно. Поэтому будем пытаться, будем лечить, а дальше — посмотрим, что получится. Не знаю, может быть, что-то получится, а может быть, и нет. Но его жалко, потому что, живет он, конечно, тяжелой жизнью — не понимаемый, и общения нет. Поэтому будем держать, сколько выдержит. Я его спросила, как он относится к тому, чтобы ему дать группу. Он не понял, что это такое вообще. Сказал: “А что это? А зачем? Я же деньги должен зарабатывать”. В принципе он должен вернуться все-таки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущий. Будем заключать сегодняшнюю нашу конференцию.

Сергею Юрьевичу большое спасибо за подробный клинически-выразительный доклад, благодаря которому пациент клинически почувствовался еще до того как пришел сюда. Могу сказать тоже только свое клиническое впечатление, как и каждый из нас. Я познакомился с Ахмедом только сегодня. Синдромологически тут другого не придумаешь, это депрессия, депрессия апатическая, ангедоническая. Ничто не интересно, ничто не радует, “невыспанность”, чувство отсутствия сна. Также не вижу здесь ясного звучания деперсонализационного мотива. Потому что в таких случаях пациенты обычно, так или иначе, но недовольны тем, что не чувствуют себя собой, не чувствуют своего “я”. Все-таки, так или иначе, в таких случаях звучит: я — не я. Чувство собственной эмоциональной измененности, измененности своего “я”. А не просто душевная анестезия. Анестезия и при всякой не деперсонализационной депрессии, во всяком случае, при многих вариантах депрессии может присутствовать. Для деперсонализационных переживаний надо быть сложнее душой. Но тут бросается в глаза вот это смешение, смешение вялости и напряженности. Все-таки смешение вялости и напряженности для меня это склиз, это депрессивный склиз. Это видно, по-моему, достаточно отчетливо. И нет живого страдания. Депрессия с нарушением способности к сосредоточиванию, с потерей чувства сна. Однако все это тускло. Все это как-то в тумане. Все это сглажено, нет живого страдания, нет хотя бы тихой подспудной просьбы о помощи. Это только на словах — и то довольно формально. Это, конечно, тоже смущает в отношении почвы — особой шизофренической почвы, на которой развивается эта шизофреническая депрессия. Конечно, это малопрогрессирующий шизофренический процесс, да, с такой вот апатически-депрессивной картиной. Не просто апатия, безразличие, а “хочу хотеть”. Но в чем особенности этой депрессии, привнесенные особой почвой? По-моему, прежде всего, вот эта тихая, уплощенная длительность. При всем том, что депрессия немного колеблется, но на это он не обращает внимания. Ведь несколько лет назад он

женился по любви, жили вместе то ли год, то ли три года. Было какое-то сложное положение. По-видимому, состояние менялось, он даже с ножом ходил, когда потерял защиту тещи. Так ведь говорилось, да? Но он этих серьезных перемен в жизни как бы не чувствует. Для него болезнь тянулась 15 – 18 лет, как один день. Вот такая вот душевная уплощенность уплощенность, отсутствие чувства, что депрессия, как-то двигалась. Этот особый момент говорит об особой почве. О какой почве? О почве, сразу скажу, расщепленно-дебильной. О легкой дебильности, легком малолунии (“легкой умственной отсталости” по МКБ-10) говорит, по-моему, и заключение психолога. Именно у эндогенно-процессуального дебила (при разных национальностях) депрессия протекает вот так сглажено и так долго, с чувством, убеждением, что она такая уже многие годы. У нас нет оснований говорить о том, что по временам он как-то особенно остро страдал, что были какие-то депрессивные, острые, тревожные состояния, какая-то тоскливая душевная боль, как-то бурлил аффект депрессивный. У нас нет оснований говорить о том, что бывает в других случаях, на другой почве, достаточно лично богатой. Тут не личность страдает, ее не так много, а страдает депрессивно преимущественно тело. Даже вот этот вот момент, Алексей Викторович обратил на это внимание — на соматовегетативную депрессивность. Ахмед говорит о том, что прямо там внутри организма тело болит, как будто рана там. Но и это у Ахмеда как-то скомкано, уплощено, без живого личного страдания. Это для меня объясняется особенностью дебильно-шизофренической почвы.

Другой момент, на него тоже обратил внимание Алексей Викторович, это плохое действие лекарств. Но я только объяснил бы это не тем, что он переехал к нам, а тем, что почва такая. В дебильных случаях, когда депрессия сидит верхом на дебильности, когда депрессия в своей картине несет краски дебильности, вот эту уплощенность, она лекарствам мало подвластна. Это мы знаем. Ну, а то, что он дебил, Сергей Юрьевич об этом, по-моему, клинически убедительно рассказывал уже. Он же и учиться не хотел, ничем особенно не интересовался. Политологией как будто бы интересовался, но ничего не может об этом сказать, даже не помнит, что знал об этом. Житейски по-русски он не так плохо говорит, языку в языковой среде все научаются, ведь у него по-дебильному патологически ослабленная способность к обобщению. Ну, говорили уже о тигре с автомобилем. Это так знакомо по-дебильному: тигр — тигр, автомобиль — автомобиль, без желания попытаться как-то эту разницу объяснить. И еще дебильной почвой часто, насколько я знаю по своему опыту, объясняется особенная неспособность в дебильно-шизофренической депрессии сосредоточиться. И мы с ним говорили так, будто бы он плохо слышит. Во всяком случае мы старались ближе придвинуть головы друг к другу, и Ирина Пет-

ровна так выразительно объясняла ему всякое своим красивым голосом, будто он глухой. Но он не глухой, он же хорошо слышит. Он сам хорошо говорит, что не концентрируется, а это тоже, по-моему, особенность этих дебильно-шизофренических депрессий. Наконец, схизис сказывается в том, что по временам душа его обнаруживает вдруг среди малолетия какую-нибудь “живую изюминку”. Сказал, например, “себя здесь прячу”. Прячу от родственников в Бенгладеш, прячу свое неудачничество. Если бы мы понимали по-бенгальски, возможно, этих “изюминок” было бы еще больше.

Как помогать таким пациентам? Помню из молодости, в 12-й психиатрической больнице, когда там еще кипела психотерапевтическая работа и свозили со всего Союза разных, в том числе, трудных больных, были там и такие. Что делали мы в этих случаях? Это то, что называется “пропфшизофрения”, то есть привитая шизофрения, привитая на почве дебильности. Что делали? Заводили психотерапию, поскольку лекарства действовали плохо, психотерапию, похожую на психотерапию детской психотерапевтической клиники. То есть, обилие музыки, всякая ритмика, игры, картинка. В данном случае, может быть, девушки на картинках. Во всяком случае, должна быть какая-то психотерапия эстрадно-разнообразная, так чтобы он как-то ею проникался и оживал. Он говорит, что ему от солнца становится немножко легче. Так это же тоже известно, есть даже такой способ — способ лечения депрессии, причем часто именно в таких случаях, стертой уплощенной депрессии, солнечным светом, то что называется “фототерапия”. Фототерапия двойко понимается в психотерапии: как

лечение творческой фотографией, занятиями лечебными фотографиями, фотографией; и как лечение светом — это уже, конечно, не психотерапия в истинном смысле, а это вот именно солнечный свет, какой-то яркий свет, который радует душу депрессивному больному. И это особенно показано вот в таких случаях депрессий застойных, при депрессии такой вот скованной, уплощенной.

А что касается лекарств, то, мне помнится, в таких случаях особенно раньше, так сказать, в старину помогали небольшие дозы стелазина, небольшие дозы мажептила. Они, немножко оживляя этих пациентов, как-то усиливали их способность сосредоточиваться, сосредоточиваться именно в депрессии, хотя это не антидепрессанты. Это особые нейрорептики, причем разные, но в маленьких дозах, вот как они применялись и при лечении неврозов — стелазин и мажептил, они стимулировали, оживляя вот эту способность сосредотачиваться, депрессивную расстроенность сосредоточения смягчали.

Вот в сущности все, что я хотел сказать. Я думаю, что мы должны тут надеяться на улучшение, и уже звучали сегодня такие надежды. Все-таки если стало ему немножко лучше, как мы говорим в психиатрии, то станет и еще лучше. И я думаю, что он должен вернуться к своей работе. Сможет ли он ... торговать, я не знаю. По-моему, преморбид у него такой, что он все-таки лучше всего может подносить и делать какие-то другие механические работы. Но вряд ли умственные, вряд ли какие-то предпринимательские хитрости ему свойственны. И спасибо всем за сегодняшнюю конференцию.

XVIII КОНСТОРУМСКИЕ ЧТЕНИЯ ЯЗЫКИ ПСИХОТЕРАПИИ

21 декабря 2012 г., 10.00 – 19.00

Москва, конференц-зал Наркологического диспансера № 1

Тел.: (495) 275-4567

Психиатрическая больница как путь к возврату в жизнь¹

Якоб Клези

Дамы и господа! Я не знаю, сколько человек знают картину *Каульбаха* второй половины прошлого века, изображающую сцену в психиатрической больнице. Во дворе больницы гуляют больные, сидят или ходят, явно досажая друг другу. Вот мужчина с бумажной короной на голове, вот женщина с поленом в руке, она думает, что это ее ребенок, качает его, женщина поглощена этим занятием. А в центре картины мужчина лет сорока, он равнодушен к шуму вокруг, он полностью поглощен миром своего бреда. Взгляд его значителен и тяжел, “устремлен в бесконечную даль и всё же обращен внутрь себя”². У ворот стоит санитар со связкой ключей и плеткой, с тупым превосходством наблюдая за действиями несчастных, находящихся на его попечении, и посмеиваясь над всем этим. Я надеюсь, что вам известно, что в настоящее время такого положения в психиатрических больницах уже нет, во всяком случае, в Швейцарии. Вам известно также, что — это касается, в особенности, психиатрических больниц Берна — уже не практикуются средства, ограничивающие свободу движения больных, такие как смирительные рубашки, привязывание больных к кровати и другие (“нестеснение”). Где-то в других местах всё это, может быть, еще применяется. И, тем не менее, еще встречаются фельетонисты и даже поэты, спекулирующие на жажде сенсаций особо недостойных читателей. Они сочиняют эпизоды из жизни психиатрических больниц и рассказывают о мучениях больных и жестокости, царящей за стенами этих больниц. Слава Богу, просвещение общества достаточно далеко шагнуло, и таким фантазиям мало кто верит. У кого была возможность посетить современную психиатрическую больницу, тот знает, что там больные живут в светлых комнатах и что их поведение от поведения пациентов больниц соматического профиля не отличается ничем, разве что между пациентами психиатрических больниц существует почти семейное единение, взаимное участие и определенная привязанность и преданность по отношению к врачам и персоналу. Мы часто слышим от посетителей, что они прямо-таки тронуты приветливостью, обходи-

тельностью и взаимоуважением, с которыми больные обращаются друг с другом. И это отношение, как мы увидим позже, возникло не случайно. Если прийти не во время перерыва или обеда, то можно увидеть, как старательно работают больные, они выполняют нужную работу, это не игра, в отличие от больниц соматического профиля, где — это известно — больные от одного обхода до другого ничего не делают, только сплетничают и играют в карты. Спросите у пациентов психиатрических больниц о возможности разнообразить серые будни, и вы услышите, что, помимо разумющихся регулярных богослужений, гимнастических упражнений и спортивных игр на воздухе, бывают театральные постановки, доклады, кинофильмы, концерты и даже танцы. И всё это больные расскажут не сухими словами, а с той теплотой и радостью, какую многие здоровые люди испытывают лишь в исключительных случаях. Вы признаете с благодарностью, что для этих больных делается почти столько же, как для многих здоровых, получающих утонченное воспитание, и вам захочется понять, в чем причина столь сильной и разнообразной заботы о досуге и развлечениях больных.

Для чего всё это?

Видимо, чтобы не лишать больных чего бы то ни было, к чему они привыкли за свою жизнь и заставить их при помощи предлагаемых развлечений забыть былую свободу с ее возможностями и удовольствиями? Это было бы примерно то же самое, как если бы мы ожидали, что достойные жалости зверюшки в зоопарке, обитающие на песчаном плато в 50 квадратных метров или парочке скал с искусственным водопадом, считают это пустыней или вольными Альпами, и им больше ничего от жизни не надо. Или как если бы мы думали, что швейцарец, живущий в Америке, может почерпнуть душевные силы и мужество, необходимые для жизни, в “Швейцарской деревне”, представленной на международной выставке, или в сцене из швейцарской народной жизни с национальной одеждой. Мы надеемся, что так заблуждаться могут лишь бездушные или поверхностные люди. Мы, психиатры, также не думаем, что психиатрическая больница — ведь больница представляет собой окружающий мир в миниатюре и может воспроизвести то, что есть в жизни интересного, веселого и поучительного — может и должна заменить больным то, что они рань-

¹ Доклад прочитан в Обществе помощи душевнобольным г. Берна. Берн, зима 1935/36 гг.; перевод [Е. Г. Сельской].

² Якоб Вассерман, “Три сестры”.

ше любили и ценили и что это могут сделать наши маленькие праздники и спектакли. Нет. Мероприятия, о которых я веду речь, с множеством участников, имеют другую цель. Конечно, они призваны поучать и рассеивать грусть, но, кроме того, они призваны способствовать образованию коллектива, воспитывая в больных способность к получению удовольствия (способность наслаждаться), терпимость и радость от того, что доставляют радость другим (радость от дела добра). Больной, который до сих пор был оторван от мира из-за подозрительности и враждебного настроения и который постарался открыться и стать членом коллектива, получит сердечность и радость, так сказать, “на блюде”. Врачи и персонал пойдут ему навстречу на его пути в веселый и интересный мир. Они будут учить его радоваться маленьким радостям (для дорогостоящих развлечений и подарков средств нет), как это умеют дети и художники и люди с большой душой. Непринужденно станут врачи и персонал друзьями больного, радующимися каждой шутке и каждому отклику на шутку. Так становятся они ведущими в общем разговоре и главными в больничной “семье”, в которую все больные стремятся влиться, и не для того, чтобы получить как можно больше для себя, а для того, чтобы не испортить общего настроения. И потому больные вскоре начинают помогать общему делу, как могут. Вот уже и колеблющийся смеется вместе со всеми над неуместной или пошловатой шуткой, если больной-рассказчик ничего плохого не имел в виду — так поступает и воспитанный пёс, съедая предложенный кусок, который вовсе не хочет. Поэтому даже очень преубежденные посетители праздника в больнице не могут не почувствовать своеобразного обаяния и настроения, царящего там. И мы снова и снова слышим, что незабываемым остается впечатление от атмосферы радости, взаимопомощи и миролюбия.

Укреплению воли, созиданию и образованию коллектива служит и так называемая трудотерапия. Больным дают работу не только для того, чтобы отвлечь их от их сверхценных идей, конфликтов или мрачных намерений и направить их внимание на более веселые и полезные вещи — в таком случае больным можно было бы дать разгадывать кроссворды. Работу им дают также не для того, чтобы, как это принято думать, больные занимались делом, а не глупостями, подобно малым детям, которым покупают кубики, лошадок или “железную дорогу”, притом родители полагают, что дети будут часами всем этим заниматься, и в это время не будут рвать платья. Выручка от работы также не является решающим моментом. Так, среди непосвященных бытует мнение, что пациентов больницы занимают работой с целью сокращения расходов по их содержанию. Именно по этой причине у главврача часто спрашивают, почему у того или иного пациента взимают плату за питание, когда он так много делает для больницы. Нет, мы даем нашим

пациентам работу, поскольку считаем, что всякая деятельность и, тем самым, возможность самовыражения являются глубокой человеческой потребностью и доставляют человеку радость. Примечательны слова автора трудотерапии, в прошлом директора приюта в Санкт-Галлене, почетного доктора *Генриха Шиллера*: причиной введения трудотерапии было для него то, что он не хотел лишать своих больных той радости, которую он сам испытывал от работы. Становится понятно, что в основе лечения трудотерапией стоят не экономические соображения и не терапевтические, направленные на успокоение больных, а чисто человеческие.

Разумеется, работа должна быть полезной, если мы не считаем ее недостойной забавой и не хотим, чтобы больные вскоре стали над всем этим смеяться. Работа также требует ответственного отношения и чувства долга. Больной должен почувствовать, что на него еще рассчитывают, что он еще для чего-то нужен, что безделье непростительно и что он несет ответственность за всё, что делает. Тон, которым с ним разговаривают, точно такой же, каким разговаривают с нормальными людьми. Больной должен быть убежден в том, что люди полагают, что он всё понимает и придает большое значение тому, чтобы его считали ответственным человеком, а не безответственным. Везде, где так понимали и понимают трудотерапию, большое значение придается не только самому процессу работы, но и тому, чтобы весь облик больного, его одежда и поведение были совершенно адекватными и ничем не отличающимися от одежды и поведения здоровых людей. Воспитательное значение именно такого подхода огромно: целое отделение недисциплинированных разбушевавшихся больных можно успокоить и привести в норму уже одним тем, что призвать их чистить зубы и ухаживать за ногтями и волосами.

Но прежде всего, работа служит сплочению коллектива. Известны такие понятия, как “полезный человек”, “полезный член общества”, “ценный человек”, а признание и уважение, оказываемое таким людям, старо как мир. С другой стороны, каждый нормальный человек не хочет оставаться вне человеческого сообщества, быть изгоем, а, наоборот, хочет быть членом общества, и членом уважаемым и любимым, а не лишним и равнодушным. Но чем же заслужить любовь и уважение людей, если не делами, преданностью, жертвенностью? Работа и, в особенности, добросовестно и охотно выполненная работа служит признаком согласия с обществом, любви и нежности по отношению к нему, в то время как леность и праздность — свидетельства равнодушия, отсутствия любви и враждебного настроения. Поэтому мы сослужим больному, поступающему в нашу больницу, да и себе самим, плохую службу, если мы освободим его от всех связей с обществом, которые у него еще сохранились, тем, что “побережем” его и освободим от рабо-

ты, поскольку этим мы дадим ему понять, что не можем применить его труд в наших мастерских и саду, что мы не считаем его полноценным человеком, тем самым унизив его и настроив против нас. Будет совершенно другой результат, если мы заранее полагаем, что больной будет нам приятен, полезен и дорог, что мы видим в нем нужного понимающего помощника. Поэтому совместная работа бывает, как правило, первым признаком расположенности к врачу, персоналу и больнице. Это также признак зарождающегося понимания болезни, согласия с лечением и согласие участвовать в жизни больничной “семьи”. Не удивительно, что все радуются, когда больной, еще недавно стоявший в стороне с недовольным лицом, решается, наконец, помогать общему делу, поскольку этим он показывает, что больше не хочет оставаться изолированным, а хочет войти в контакт с больничным сообществом. Поэтому наши бывшие больные, придя навестить товарищей, интересуются делами мастерских, в которых они раньше работали. Иногда они идут туда, чтобы удостовериться, что трудились не напрасно, а, напротив, делали нужное дело, которое теперь с тем же энтузиазмом продолжают другие. Они по праву чувствуют себя членами общества, внушающего уважение, людьми настоящего и будущего, и пусть другие сколько угодно смеются над ними.

Наконец, среди душевнобольных встречаются люди, обладающие талантом в какой-либо отрасли труда или области искусства. Талант этот не мог проявиться в прошлой жизни, он был подавлен или, поскольку субъект был душевнобольным, то его вместе с его талантом не принимали всерьез и не считали его талантом достойным внимания. Как велика радость, когда обнаруживается подобный талант и у человека появляется возможность для его выражения, чтобы его талант был сравним с талантами прочего человечества и завоевал свое место в жизни! Поэтому трудотерапию следует проводить не только как можно более интенсивно, но и по всем правилам искусства, не только нацеливая пациентов на выполнение той или иной работы, но изучая этих пациентов, изучая их навыки, способности и развивая их.

Разумеется, не всегда всё идет гладко. Часто душевное заболевание выражается именно в том, что больные отвергают всё, что связывает их с миром. Участие, беседу и работу, даже предложение поработать вместе больные воспринимают как требование и вызов. Что же делать? Определенно, нельзя настойчиво переубеждать или, тем более, принуждать, а, как уже говорилось, “преподнести на блюде” сердечность и контактность и так долго обращаться с больным бережно, терпимо и с дружеским участием, пока не убедимся, что он хочет нас понять и нам помогать. Я работал в 1923 – 1924 гг. в Базеле заведующим отделением психиатрической больницы и приюта Фридмат, и при введении довольно разнообразной трудотерапии ратовал за создание в первую очередь

ряда игр и рекомендовал персоналу привлекать к играм лежачих, негативистичных и ленивых больных, пока они не начнут выказывать благодарность за то, что на них тратят время и силы. Это может быть всего лишь рукопожатие, на которое согласятся больные по отношению к медсестре, которая с ними занималась и им полюбилась. Сказано — сделано, и прежде чем они опомнятся, уже некоторые из них начинают наиболее прилежно помогать. Нет необходимости повторять, что этот метод рекомендуется и поныне. Если же он не дает результатов, поскольку слишком велико сопротивление больного, то в этом случае назначают определенные курсы лечения, о которых я умолчу, поскольку это не является темой доклада.

Всё же работа не единственное средство, чтобы обеспечить себе любовь человеческого сообщества. Об этом свидетельствует тот факт, что существуют бездельники, уклоняющиеся от работы, которые, чем меньше хотят напрягаться, тем больше подхалимничают, играют в скромность, миролюбие и благодарность и обманывают людей. Нет! Ближних надо принимать, какими они есть, и относиться к ним незлобиво, миролюбиво, с доверием, кротостью, благодарностью и великодушием. Потому и существуют заповеди для всех людей доброй воли, членов общества, и главная среди них: “Возлюби ближнего своего, как самого себя!”. Это не только набожно, это единственный путь к счастью и простейшая житейская мудрость, поскольку как иначе выбраться из душевного одиночества и обрести опору и защиту? Даже здоровым трудно следовать этой заповеди, так как очень непросто отказаться от собственной выгоды и от собственных интересов. Тем более трудно душевнобольным проявлять доверие и любовь, ведь среди них очень много людей, которые вследствие душевной болезни и тяжелого личного опыта стали подозрительными, завистливыми и исполненными ненависти, и эти их качества увеличивают пропасть между ними и окружением и усиливают страдание и одиночество этих больных. Попробуйте понять, как психиатрическая больница должна подготовить поворот (в душе больных — Е. С.) и возвращение их в нормальную жизнь и как она это осуществляет, так что некоторые вылеченные больные уверяют, что только в больнице узнали людей и нашли свою родину. Путь таков: надо действительно показать больному, насколько он заблуждался и неправильно себя вел. С другой стороны, надо так воспитать больного, чтобы он смог жить в мире, куда он возвратится, и найти в нем свое место.

Как этого достичь? Каждый раз по-разному, потому что каждый человек переживает свою болезнь по-своему и по-своему к ней приспособливается, но и по-разному, в зависимости от заболевания. А заболевание здесь не одно, их много, притом одни из них более подходят для воспитательных методик, другие менее, но для каких-то обучение самопознанию и سبا-

лансированности между “могу” и “хочу” является наилучшим лечением. К этим заболеваниям, принимая во внимание значение психиатрической больницы как пути к возврату в жизнь, учитывая имеющиеся нарушения и психический патологический процесс, относятся, наряду с многочисленными невротами и пограничными состояниями, которые мы не будем обсуждать, легкие формы слабоумия, болезненные предрасположенности характера и форм реагирования, известные как психопатии, и затем, прежде всего, определенные группы наиболее частых и, как до сих пор полагали, наиболее неблагодарных в терапевтическом отношении из-за непредсказуемости заболеваний *шизофрении*.

Известно, что слабоумные вследствие слабости понимания, своего суженного духовного кругозора и неспособности отличить важное от неважного, склонны из-за ничтожнейшего расхождения во мнениях, разочарований и неудач терять самообладание и поссориться с самими собой, Богом и всем миром. Еще хуже, если они — это особенно часто встречается при легкой степени слабоумия — втайне знают о своем недостатке, непрестанно стараются или его скрыть, как назойливо, так и неумело (комплекс собственной интеллектуальности) (*Intelligenzkomplex*), и именно поэтому могут подвергнуться осмеянию и быть покинутыми, или, опираясь на предубеждение, что их считают рохлями, с которыми делай, что хочешь, становятся раздражительными и ранимыми и реагируют на любой, даже малейший отказ удовлетворить полностью их запросы неадекватными эмоциональными вспышками. Совсем плохо, когда они как хорошие нежно любящие дети пламенно желают доставить как можно больше радости и быть полезными тем, с кем общаются, но снова и снова вынуждены признать, что их предприятя (действия) оказываются неуместными, неправильными, неумными. Бывает, что в их удручающих по отношению к себе сравнениях с полноценными людьми еще поддерживает один из родителей или начальник неблагоприятным бессердечным поощрением, призывая брать пример с того или иного успешного человека! Не удивительно, что именно нуждающиеся в преданной заботе, добрейшие и нежно любящие родителей дети с умственной неполноценностью делают дома минимум полезного, но они ранимы, раздражительны и склонны ко всякого рода негативизму, в то время как в чужом окружении могут владеть собой и не давать повода для жалоб. Дома они, огорчаясь из-за себя, воспринимают малейший упрек или указание как доказательство того, что и окружающие разочарованы ими и что они людям опостытели. Однако в доме у других людей такое же замечание или порицание воспринимаются этими больными как знак внимания к ним и, возможно, они даже будут благодарны за это. Задача врача и больницы заключается в следующем: прервать неизлечимый круговорот между разочарованием, раздра-

жением, размолвкой и новым разочарованием и избавить больного от муки обидных сравнений. Следует указать путь для удовлетворения потребности дарить и осчастливливать и убедить отчаявшихся, что простейшее служение людям, если это делается добросовестно и с любовью, значит ничуть не меньше, чем большая успешная работа, если последняя совершается из соображений собственной выгоды и нехороших намерений. Члены семьи больного должны понять, что гораздо важнее достичь высшего успеха в жизни, а именно: быть добрым человеком, всегда готовым прийти на помощь, пусть даже с недостаточными интеллектуальными способностями, а лишь силой своего сердца и чистотой помыслов, чем иметь таланты в избытке.

О психопатиях говорит уже их уточняющее дополнительное обозначение — “болезненные формы реакции”. Понятно, что речь идет о нарушениях адаптации чувств к жизненным ситуациям. Это может базироваться на нарушениях предрасположенности влечений (импульсов, инстинктов), направленности влечений и выражаться в ошибочности и чрезмерности воли и выражении чувств. Как правило, случаются всевозможные неурядицы (ссоры), иногда даже дело доходит до запущенности больного и преступлений. Безусловно, дело так не обстоит, что психопат, если его психопатия не выражается именно в моральной неполноценности, просто смиряется с этими ссорами, своей запущенностью и преступлениями и не обращает на это внимания. Нет, поскольку он тоже стремится быть членом общества, и членом достойным, он находится в конфликте с самим собой и ищет выхода, помощи и старается приспособиться к жизни. Отсюда снова и снова появляются добрые намерения, попытки, оправдания и извинительные ссылки на плохую наследственность, с одной стороны, и проклятия и предубеждение быть изгнанным и больше ничего хорошего не суметь — с другой. Совершенно очевидно, что в этом случае “зачеркнуть прошлое” и “начать всё с начала”, где врач-помощник, чтобы доказать свое доверие больному, якобы забывает, что случилось, но именно этим щадящим умалчиванием и осторожным поведением показывает, что он всё еще думает о том, чтобы не убеждать больного, а потому и не создается основа для нового построения. Спокойное доверие возникает лишь тогда, когда врач действительно, как говорится, помогает “снять груз с плеч” и, одновременно, связывает и обязывает, открывая больному глаза на все заблуждения и промахи во всей их тяжести, но при этом однозначно дает больному понять, что его при всем этом любит и относится к нему по-дружески. Так больной сможет понять, что здесь о нём всё знают и всё же не хотят его потерять и что значит иметь место на Земле, где твой дом и куда ты можешь прийти, что бы ни случилось.

Наконец, что касается шизофреников, то важно знать, что их заболевание — расщепление сознания

— называется так из-за главного проявления страдания, а именно — из-за расщепленности и раздробленности личности и ее воли. Если даже у здорового бывают какие-то побуждения и противопобуждения, и человек всё время вопрошает: “Я должен это сделать или не должен?”, то шизофреники вообще не могут выбраться из этого противоречия. Все их желания и намерения не бывают до конца последовательными. И уже в силу этой непоследовательности и нерешительности всё, что они начинают, обречено на неудачу. Они также не могут рассказать о своих желаниях и намерениях так, чтобы их поняли, разумеется, потому, что они сами этого толком не знают. Перед ними всё время встают загадки (проблемы, которые неизвестно как решить), и они сами их создают. Эти загадки порождают непонимание, которое приводит к разочарованию больного и его замкнутости. Склонность замыкаться (отворачиваться) от мира, сопровождаемая более или менее враждебными чувствами к нему, является одним из главных признаков таких своеобразных состояний. Эта склонность питается не только уже возникшими разочарованиями, но и от предчувствия, что всё, что может предложить им жизнь, никогда не будет таким прекрасным и совершенным, как они этого желали, выдумали и вымечтали — а это снова ведет к разочарованию. А посему не стоит чего-то добиваться. К тому же, в большинстве случаев эти больные обвиняют во всем не себя, а других. Родители их якобы плохо воспитали, друзья не были искренними, люди глупы и подлы, и лучше всего отойти от всех. Но каждый такой отход от мира и замыкание в себе означают регресс и погружение в мечту и раздумья и новый прогрессирующий отрыв от действительности с ее регулирующими противоречиями, предостережениями и мыслительными законами. В конце концов, больной начинает всё это игнорировать. Так, как больные представляют себе положение вещей, таково оно, по их мнению и есть, и то, что, по их расчетам, должно было произойти, то якобы и произошло (ведь расчеты правильны!) Так, у оторванного от мира, погруженного в его собственные чувства, представления и мечты, нет понимания действительного положения вещей, больной не может сравнить свои представления с действительными событиями, и у него больше нет внутренних противоречий и просьбы о помощи. Желание, ненависть, тоска, страх, любовь, зависть и мстительность живут в нем, как хотят, они нашептывают больному счастье, борьбу, жизнь, победу и наказание и доводят до того, что он начинает, в конце концов, видеть, слышать, ощущать вкус и запах, и больной считает, что он действительно пережил то, что относится к миру его бреда и должен обосновать, что это всё существует. Но, разумеется, исчезли лишь масштаб и упорядоченность, и жизненные ситуации сместились в нереальное, а влечения присутствуют и требуют проявления и удовлетворения. А поскольку это невозможно в действительности,

общечеловеческим способом, то это происходит в нереальном, далеком от действительности, болезненном, а именно — в бреде, галлюцинациях и ошибочных выводах. Все эти нарушения — не только результат деятельности больного духа и его признак, как, например, кашель или тошнота являются признаками катара верхних дыхательных путей или желудка. Нет, эти нарушения являются, в то же время, проявлением личности и ее задатков и стремлений. Такая картина, вопреки всяческому негативизму, расщепленности и разлаженности, является предпринятой попыткой больного в мире, который он игнорирует и в котором всё же нуждается, удовлетворить свое стремление что-то значить, любить и быть любимым, быть творческим человеком, иметь власть. Поэтому возможно определить предрасположенность характера человека по тому, как он болен душевно, и показать этому человеку на его симптомах, к чему он на самом деле стремится, чего желает и отчего, в связи с этим, пребывает в заблуждении.

Таким образом, оказывается, что то, что до сих пор характеризовалось как слабоумие и сумасшествие (помешательство), является осмысленной, хотя и неверной попыткой, хоть как-то проявиться, чтобы больного заметили. Это дает возможность найти с больным контакт. Нет нужды говорить, как это оправдывает и возвышает больного. Это именно то, что его до сих пор больше всего отличало от здоровых и компрометировало. У больного была тайна, которую он, сколько мог, стыдливо оберегал, а именно: видеть себя возвысившимся до человека, вызывающего всеобщий интерес, всеобщее почтение и одобрение. Далее, нет нужды подробно объяснять, что подобного возвышения и оправдания, как оно проявляется в том, что я обозначал, несколько двусмысленно, как *анализ симптома* — теперь я это называю *эстимацией* (Aestimation), — т.е. в оценке, с воспитательной точки зрения, специфических проявлений заболевания как замаскированной критической позиции больного и попытки самоизлечения — итак, подобного возвышения и оправдания часто бывает достаточно, чтобы сломить защитный барьер, воздвигаемый больными вокруг себя, чтобы завоевать доверие больных и противодействовать тому враждебному, изолирующему больных настрою, когда они стремятся всё отрицать и обобщать (“все люди одинаковы”). Смеем вас уверить, мы нередко наблюдаем, как под влиянием эстимирующего лечения, возможно даже после первой краткой беседы, исчезает натянутость, равнодушие, ставшее притчей, сменяется внимательным участием, бездумная веселость уступает место сознательному поведению, и больной, еще недавно отворачивавшийся и не отвечавший на наше приветствие, начинает плакать, как ребенок, становится доступным и податливым, и из него можно веревки вить.

Разумеется, если больной открылся и доверился врачу, это еще не значит, что он вылечился. Его за-

щитный барьер устранен, мы, врачи, поняты и приняты как предвестники нового, чуткого, понимающего мира, и сам этот мир достоин внимания и усилий больного. Возбуждение, для которого в другое время и в другом месте потребовались бы смирительные рубашки, лечение одиночной камерой и длительными ваннами, спадает и замыкание в себе с враждебностью к миру уступает место потребности в ободрении и наставительной беседе. Мы также не говорим о полном излечении, когда шизофреник высказывает понимание своей болезни и не только обещает выполнять наши рекомендации, но и действительно их выполняет и становится по-своему счастливым, поскольку сохраняются следы болезненной предрасположенности характера и перенесенного душевного заболевания в форме чувствительности, склонности к бесплодным мечтаниям, к уходу от действительности и к нерешительности и раздраженности, а вместе с этим и возможность рецидива. Эти специфические черты отступают, и это сказывается не только в том, что непосвященный их больше не замечает, или, по меньшей мере, не считает болезненными. Пациент теперь намного лучше с этими моментами справляется, так как научился их распознавать и с ними бороться, так же как мы справляемся с близорукостью, тугоухостью или косолапостью — мы носим очки или слуховой аппарат и марширует на Гуртен, а не на Брайтхорн (горы в Швейцарии). Мы нередко слышим, что пациенты после пребывания в больнице более здоровы и счастливы, чем когда бы то ни было. Это является не только следствием понимания больными их отклонений и их опасности. Требуется еще мужество быть не такими как все и ставить перед собой иные задачи. При этом, разумеется, нестандартная постановка проблем и своеобразие задач, которые ставит перед собой больной человек, вызывают критику со стороны окружающих. И здесь возникает — это тяжелее всего — искушение скрыть эту необычность за судорожной, изо всех сил демонстрируемой беспечностью или оправдывать ее противоречивыми отговорками. Изо всех искушений это самое опасное, так как приводит снова к расщеплению и уходу в себя. Поэтому и существует следующий парадокс: нервноболезные и душевнобольные люди потому таковыми и являются, что хотят уподобиться здоровым.

Еще раз подчеркнем, что при лечении душевнобольных мы стремимся не к тому, чтобы искоренить все следы болезненной душевной жизни, а в гораздо большей степени к тому, чтобы создать им противовес. И это уже потому, что их искоренить невозможно. Однако возможно сделать так, чтобы ошибочность, имеющаяся в душевной жизни, стала счастьем для больного и несла определенную социальную функцию. Я не хочу судить ни поверхностно, ни несправедливо, не хочу я и перечислять жизненные ситуации и профессии, когда своевольно ограниченный и даже суженный духовный кругозор, вязкий темпера-

мент и склонность к осторожности, рассудительности и замкнутости имеют преимущество перед возбужденностью, абсолютно на все реагирующей расторопностью, общительностью и деятельным усердием или перед инстинктивно смелым расчетом, обращенным к действительности и направленным на то, чтобы принять эту действительность с ее жизненными ситуациями. Я не говорю также о психопатах и душевнобольных, стимулировавших развитие нашей культуры. У нас имеется множество наглядных примеров, доказывающих правдивость изречения: “Душевная болезнь — это социальная функция.” Из них я приведу следующие.

Девушка из обеспеченной семьи, получившая хорошее образование выходит замуж за жизнерадостного, обращенного к миру мужчину. Он любит веселые компании и не уделяет должного внимания своему бизнесу. Доходы уменьшаются, и через 20 лет он становится банкротом. Из четверых его детей старшему 19 лет, а младший еще не ходит в школу. Семья не распадается, жена берет на себя заботы о семье и подводит мужа к тому, чтобы он принялся за простую работу, дающую пропитание ему и его семье. И все же доходы этой семьи настолько малы, что на учебу детей ничего не остается, и дети, едва закончив школу, должны зарабатывать себе на хлеб. В результате у жены начинается шизофренический шуб с идеями преследования и величия. Женщина болеет несколько лет. Когда она выздоравливает, идеи преследования и величия исчезают, но остается склонность считать себя призванной к чему-то большему, идти своим особым путем. Это она передает и детям. Дети ее здоровы и адаптированы к жизни, но они не могут примириться с тем, что есть и довольствоваться этим. В детях просыпается стремление расти, вырасти из ограниченности жизни и совершить нечто великое и необычное, чего бы это ни стоило. Благодаря не только врожденному трудолюбию, но и благодаря воспитанию матери и ее примеру мужества и стремления стать больше, значительнее, чем есть, все четверо в настоящее время поднялись из среды пролетариата и занимают высокие посты.

“Но и скромнейшему житья не будет, коль злой сосед завидует ему” — эта поговорка задает вопрос: Каким образом может помочь душевнобольному то, что он адаптировался к условиям жизни в коллективе и возможностям в больнице, если в жизни за ее стенами не существует возможности таких же благоприятных условий. Ответ: сделать возможным для душевнобольного быть счастливым, это воспитать его таким образом, чтобы он искал счастье там, где он может его найти. Жизнь, в которую мы его возвращаем, это не та жизнь, которая была у него до этого. Это больше не жизнь эгоиста, который постоянно был в погоне за успехом и признанием, это жизнь полная спокойного, безропотного и жертвенного выполнения обязанностей и стремления проявить себя и отдать обществу

свою дань любой ценой. Примером этому могут быть для нас молчаливые создания, наши четвероногие братья и сестры.

У оленях появился олененок, и она, как это принято у оленей, спрятала его на лугу рядом с лесом в высокой траве, и даже самый внимательный наблюдатель не мог увидеть, где находится олененок. Затем сено нужно было скосить. Так как это происходило в охотничьем хозяйстве, где хорошо известны повадки зверей и всегда старались их лелеять и заботиться о них, было предпринято все возможное, чтобы оленята, спрятанные в траве, не были поранены или даже убиты. Егеря с двумя гончими шел по краю луга, другой с легавой шел на маленьком расстоянии от косилки и непрерывно смотрел по сторонам. Три лошади, три человека и три собаки, все кричат, к тому же шумит сенокосилка! Вдруг громкий свисток и крик боли. Хвост олененка попал под косилку и был легко поранен. Только люди собрались поднять его и перенести в сторону, как, несмотря на весь шум собак и людей, его такая обычно пугливая мать, преодолевая большими прыжками расстояние до своего ребенка, с испугом на него посмотрела и убежала с ним в лес, где и исчезла. В замешательстве легавая собака, которая не сдвинулась с места во время этой сцены, смотрела на своего хозяина. Тот взволнованно ответил на взгляд своей собаки таким же взглядом, прекрасно понимая, что их взволновало и очаровало одно и то же. А крестьянин слез со своего сиденья, подошел к лошадям и сказал с восхищением: “Какая же огромная сила у такого зверя!”.

Охотник сидит летом в своем укрытии и дожидается косулю. Вдруг он замечает лису с огромными усами. Странно, но усы не торчат у рта, а свисают длинными прядями изо рта. Это не волосы, а мышинные хвосты. Лиса страшно голодна и истощена работой и заботой. Но, несмотря на это, 12 – 20 мышшей, которых она поймала, она не съела, а несет в свою нору. Почему? Ее малыши ждут еду, и она настолько порядочна, что несет ее туда, где, как подсказывает ее инстинкт, в ней наиболее нуждаются. Косулю в этот вечер не подстрелили. Охотник покинул свое укрытие до того, пока она пришла.

У кошки было два котенка. Они стали такими большими, и она их так долго кормила, что она поняла, что их надо отлучать от груди. Поэтому она начала на них шипеть и их прогонять, когда они к ней приближались. Но тут один из них попал под машину. Мать бросилась к нему, схватила мертвого котенка и положила его рядом с собой, пока ее с силой с ним не разлучили. Тут же она нашла второго, стала его ласкать и вылизывать и не могла остановиться. Она опять начала его кормить, и это продолжалось еще 3 недели. Может быть, она думала, что она слишком рано начала их прогонять и пыталась наверстать упущенное?

Львицу во время кормления разлучают с ее львятами и хитростью выманивают ее в клетку льва. Как только она оказывается там, решетка клетки закрывается. Она выходит из себя и как сумасшедшая бьет лапами по железной дверце, которая отделяет ее от львят. Что делает лев? Он подходит к львице, лижет ее и гладит, и несмотря на то, что она на него огрызается, он так долго нежно ее ласкает, пока она не успокаивается. Только после того, как дверь опять открывается, и дети опять с ней, он отходит в сторону и занимается более важными делами.

Овчарка возила тележку с молоком своего хозяина, пока он не смог купить себе лошадь и большую телегу. Собака может теперь оставаться дома и отдыхать от работы. По мнению людей, которые мечтают о пенсии, он мог бы беззаботно наслаждаться своим “закатом жизни”. Но собака думает по-другому. Она ужасно несчастна от того, что она больше не нужна. Печально она смотрит на телегу, когда утром и вечером она уезжает со двора. Безрадостно она вешает голову и ясно, что она может погибнуть. Чтобы этого избежать, ей ищут другое занятие. Старший сын запрягает ее в свою садовую тележку. Но собака продолжает хиреть. Так как ее не хотят продавать, ее приходится усыпить.

Понятно, что мы хотим сказать? Только одно: “Мы должны стыдиться зверей!”. С безграничной преданностью и верностью, с храбростью, которая граничит с самопожертвованием, они следуют своему предназначению, а ты, человек, мудрствуешь, раздумываешь и удаляешься от своего призвания так далеко, что эта ноша уже опостылела тебе, прежде чем ты ее поднял! Я знаю, что звери не могут иначе; тебе же дана власть распоряжаться собой и свобода выбора, для того, чтобы быть послушным и счастливым или нет. Почему же ты не используешь эту свободу для того, чтобы неустанно выполнять то, что требует выражения и осуществления? Почему ты не решаешься быть таким же счастливым, как кошка, когда у нее есть котенок, и она считает себя незаменимой для него и трогательно о нем заботится. Всего 4 недели в году этому бедному созданию предоставляется возможность быть нужной и таким образом возвыситься; а у человека есть возможность делать это всю жизнь! Разве вы не видите радостное удовлетворение своей собаки, когда она может сделать что-то для Вас и думает, что она делает это хорошо? Почему вы не поступаете так же? Не хотели бы вы добавить к самоотверженной преданности и инстинктивной верности животного немного человечности, а также мысли о вечном и вдохновляющее знание о том, что трудности и препятствия не являются помехой для трудолюбивого человека, а наоборот могут стать стимулом для него. Нужно осознавать, что осуждение, сарказм, насмешки, печаль и разочарование могут быть источником счастья для тех, кто отдает себя от чистого сердца, если с ними обращаются несправедливо, потому

что только готовность их переносить является мериллом твердости и рвения, с которыми вы исполняете ваши обязанности и замыслы. Любите Ваших врагов, благословляйте тех, кто вас проклинает, делайте добро тем, кто вас ненавидит, и просите за тех, кто вас обижает и преследует.

Так меняется взгляд на жизнь. Те, кто действительно приспособились к жизни, стремятся не к бережному отношению к себе, признанию и благодарности, а к напряжению всех своих сил для выполнения взятых на себя обязательств. Они надеются не на то, чтобы их понимали и шли им навстречу, не на справедливость и сострадание окружающих, а на искренность своей воли, мужество для отстаивания своего мнения и верность своему долгу. То, что перспективы на будущее не так зависят от тяжести перенесенной болезни, как от врожденных способностей, необходимых для обобщений, доброты, способности к самоотдаче и творческого начала, становится совершенно ясным. Поэтому, как правило, хорошему человеку легче помогать, чем эгоистичному и завистливому.

Еще нужно поговорить о *Неизлечимых* пациентах. Две трети всех больных, которые из года в год получают помощь в наших заведениях, после короткого или более продолжительного времени улучшают свое здоровье или полностью вылечиваются и выписываются. Но одна треть, к сожалению, остается и становится нашим постоянным контингентом. Вы можете подумать, что все врачебные усилия для таких больных напрасны и все старания ни к чему не приводят. Но я утверждаю, что именно эти больные приносят наибольшее удовлетворение врачу и оправдывают его профессию, потому что это те, которые не могут жить без врача. Как дикий зверь, пойманный в пустыне, когда его приручают, должен научиться вместо того, чтобы убегать, доверчиво приблизиться к человеку и превратить свою дикость, жажду действия и энергию в готовность делать разные трюки, то есть в сотрудничестве с человеком найти замену утерянной

свободе, так и общение с врачами и персоналом больницы заменяет неизлечимым душевнобольным и постоянно находящимся в сумасшедшем доме пациентам то, чего они хотели бы получить от жизни. Мы врачи являемся для него миром, в котором он живет и благодаря нашему участию и любви, которые мы ему даем, он сотрудничает с нами и по-своему радуется жизни. Даже обычный вопрос о его самочувствии, пожатие руки или взгляд врача, доволен ли он, в порядке ли его одежда, может быть для него ободрением или событием. Он может выражать свою привязанность, благодарность и уважение тем, что скажет, что, когда вы пришли в отделение, было воскресенье или дойдет до того, что случится чудо, если он сможет дотронуться до врачебного халата и взять его уголок в руки. Сам врач при этом ежедневно чувствует свое высокое призвание в том, что он создает работоспособность, умение радоваться и счастье пациентов не профессиональными уловками и рецептами, а только единственно благодаря силе своей личности. Он уже не играет роль целителя, который помогает, ставит на ноги и покидает пациента, он становится создателем собственного круга и собственного мира, в котором действуют, оплодотворяют и соединяют его планы, его дух и его сила. Он удостоен милости полностью делиться дарами своего сердца, которые в равной мере приносят счастье и дарителю и тому, кто это получает.

Вы освящены светом, дамы и господа! Вы действительно освящены светом? С жутким чувством и с ужасом вы думаете о тьме сумасшедшего дома. Это тьма? Действительно те, кто там находится, самые бедные из бедных? Или у них есть что-то, в чем им можно было бы позавидовать? Например, место в сообществе и успокаивающая уверенность, что они занимают это место и поэтому их ценят и любят и они защищены? И не становится ли именно воспитание этого порядка и определенности жизни в сумасшедшем доме тем, о чем мы говорили: школой жизни?

12-й международный форум
по расстройствам настроения и тревожным расстройствам

Ноябрь 2012 г., Флоренция, Италия

www.ifmad.org

Успеть за 48 часов (Европейский Суд по правам человека внес коррективы в процедуру недобровольной госпитализации)

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются Постановление Европейского Суда по правам человека от 22.04.2010 по делу “Бик против России”, а также проблемы, связанные с его реализацией в практике психиатрических учреждений. Приводятся результаты, достигнутые юридической службой НПА России по обеспечению его исполнения судебными органами

Ключевые слова: заявление о недобровольной госпитализации; помещение в психиатрический стационар

В соответствии со ст. 32 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи) лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в учреждении. Исходя из положений ч. 2 ст. 22 Конституции РФ, действия врачей по освидетельствованию и подаче заявления в суд не должны превышать 48-часового срока. 24 часа для обращения в суд должны охватываться максимальным сроком в 48 часов и не могут к нему приплюсовываться. На это указывает и ст. 303 ГПК РФ, устанавливающая именно 48-часовой срок подачи заявления в суд¹.

Обозначив момент помещения лица в стационар в качестве начала отсчета общего (максимально допустимого) 48-часового срока для предварительного (до судебного решения) удержания лица в стационаре, закон, однако, не уточнил, во-первых, с какого момента лицо считается помещенным в стационар и, во-вторых, каковы должны быть правила учета выходных и праздничных дней при исчислении данного срока.

Поскольку в отношении **сроков освидетельствования** недобровольно госпитализированного лица Закон о психиатрической помощи не предусматривает каких-либо отступлений, в частности в связи с вы-

ходными и праздничными днями, работа психиатрического учреждения должна организовываться таким образом, чтобы в стационаре всегда помимо дежурного врача присутствовал еще один врач-психиатр. Привлечение такого врача к участию в работе комиссии по освидетельствованию пациента входит в обязанности дежурного врача, который в отсутствие главного врача выполняет функции главного администратора учреждения. В случае если дежурный врач остается в больнице единственным психиатром, комиссионное психиатрическое освидетельствование может быть произведено при смене дежурств в составе двух врачей — сдающего и принимающего дежурство.

По мнению зам. главного врача ЦМОКПБ, Председателя Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов В. Я. Евтушенко, если комиссионное освидетельствование проводилось только двумя врачами-психиатрами, которые пришли к взаимоисключающим заключениям в отношении стационаризованного лица, должностное лицо, организующее освидетельствование (дежурный врач, заведующий отделением), должно принять меры по привлечению к освидетельствованию третьего врача-психиатра. Если в установленный законом 48-часовой срок не удастся найти третьего врача-психиатра для участия в работе комиссии, а согласованное заключение двух врачей-психиатров не достигнуто, то дежурный врач должен принять решение об отсутствии законных оснований для недобровольного удержания данного лица в психиатрическом стационаре и разрешить ему покинуть больницу².

¹ См.: Определение Конституционного Суда РФ от 5 марта 2009 г. № 544-О-П по жалобе гражданки Хорошавцевой Н. Н.

² *Евтушенко В. Я.* Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в вопросах и ответах / Отв. ред. В. С. Ястребов. — М.: ЗАО Юстицинформ, 2009. С. 247 – 248.

Таким образом, организационные трудности, возникающие в практике психиатрических учреждений в предвыходные и выходные дни в связи с необходимостью соблюдения сроков освидетельствования поступивших в стационар пациентов преодолимы, сроки комиссионного освидетельствования, как правило, удаётся выдерживать.

Совсем иначе обстоит дело с соблюдением психиатрическим учреждением **сроков подачи заявления в суд**. В связи с тем, что выходные и праздничные дни являются в судах нерабочими днями, психиатрические учреждения считают допустимым обращаться с заявлением в суд о недобровольной госпитализации только в понедельник (или иной рабочий день, следующий за праздничным днем), что нередко приводит к превышению 48-часового срока содержания лица в стационаре без санкции судьи и влечёт нарушение таких основных прав человека, предусмотренных Конституцией РФ, как право на свободу передвижения (ст. 27), право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22).

В качестве оправдания таких действий служит ссылка на положение ч. 2 ст. 108 ГПК РФ, согласно которому в случае, если последний день процессуального срока приходится на нерабочий день, днем окончания срока считается следующий за ним рабочий день.

Однако с позиций Европейского Суда по правам человека (далее ЕСПЧ), выраженных им в **Постановлении от 22.04.2010 по делу “Бик против России”**, к случаям пребывания лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке правило ч. 2 ст. 108 ГПК РФ не применимо. Задержание “душевнобольных” в стационаре свыше 48 часов без решения суда является нарушением п. 1 ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее — Конвенция).

Обстоятельства дела.

27 мая 2002 г. мать А. Е. Бика обратилась в ПНД № 21 г. Москвы с целью освидетельствования сына в связи с изменениями в его поведении. Он боялся покидать квартиру, прекратил все социальные контакты и пугался шумов или телефонного звонка.

Бик отказался пройти освидетельствование в ПНД, и 29 мая 2002 г. врач-психиатр диспансера обратился в суд за судебным решением о недобровольном психиатрическом освидетельствовании Бика. В заключении врача-психиатра указывалось, что на основании информации, представленной матерью Бика, он может страдать тяжелым психическим расстройством, которое нарушило его способность вести обычный образ жизни и что его состояние может ухудшиться, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

31 мая 2002 г. суд вынес постановление о проведении психиатрического освидетельствования Бика без его согласия.

5 июня врач освидетельствовал Бика дома в присутствии матери. Бик был возбужденным, кричал на врача и мать, угрожал им, отказался разговаривать и заставил обоих уйти. Врач пришел к заключению, что Бик страдает параноидной шизофренией, и его состояние требует стационарного обследования и лечения. В 19.20 того же дня Бик был доставлен в недобровольном порядке в психиатрическую больницу № 15 г. Москвы.

7 июня пациент согласился на лечение в стационаре до 14 июня.

В пятницу 14 июня Бик отказался дольше оставаться в больнице. В полдень того же дня его освидетельствовали трое врачей-психиатров, которые отметили, что пациент замкнут, склонен к антиобщественному поведению, не осознает свое состояние, высказывает галлюцинаторные идеи в отношении своей матери, пытающейся, якобы, им манипулировать. Комиссия пришла к выводу, что психическое расстройство Бик достаточно тяжелое и требует стационарного лечения. По своему состоянию Бик представляет непосредственную опасность для себя и окружающих.

В понедельник 17 июня больница обратилась в суд с заявлением о продлении пребывания Бика в стационаре в недобровольном порядке. В тот же день суд дал санкцию на пребывание Бика в стационаре до окончания рассмотрения дела.

21 июня суд, заседание которого проходило в помещении больницы при участии пациента, принял решение, что заявление больницы о недобровольной госпитализации Бика является обоснованным и подлежит удовлетворению.

27 июня Бик дал письменное согласие на дальнейшее лечение в стационаре. 4 июля, когда состояние Бика улучшилось, его выписали из больницы.

23 января 2003 г. Бик обжаловал решение суда от 21 июня 2002 г., однако 20 марта 2003 г. Мосгорсуд оставил его без изменения, указав, что госпитализация Бика не противоречила закону.

Бик подал жалобу в ЕСПЧ, посчитав, что удержание его в психиатрическом стационаре с 14 до 27 июня 2002 г. было незаконным.

Несмотря на то, что действия врачей формально соответствовали закону, Бик выиграл дело. Суд присудил ему 1.000 евро компенсации морального вреда.

При рассмотрении дела в ЕСПЧ представитель правительства России, оспаривая жалобу Бика, утверждал, что его помещение в психиатрическую больницу соответствовало национальному законодательству: когда Бик 14 июня отказался оставаться в стационаре, он сразу же в середине дня был освидетельствован комиссией врачей, вынесшей заключе-

ние о необходимости продолжения стационарного лечения. Передать же заявление о продлении госпитализации в суд администрация больницы не смогла в связи с тем, что подготовка такого заявления требует значительного времени. А поскольку 14 июня 2002 г. было пятницей, то передать документы в суд на следующий день было невозможно, т.к. суббота и воскресенье являются в суде нерабочими днями. По этим причинам заявление в суд было подано лишь 17 июня — в первый рабочий день после выходных. По мнению представителя российского правительства, больница действовала в соответствии с нормами ГПК РФ, в частности ст. 108, которая предусматривает такую задержку в подаче заявления или жалобы в случае, если срок подачи приходится на нерабочий день.

ЕСПЧ согласился с российской стороной, что предусмотренная национальным законодательством процедура освидетельствования была соблюдена. Вместе с тем, было указано, что, поскольку комиссией было дано заключение, что Бик должен оставаться в стационаре, администрация больницы была обязана обратиться в суд для решения вопроса о дальнейшем пребывании Бик в стационаре в течение 24 часов после освидетельствования, т.е. не позднее полудня 15 июня. Однако заявление было подано на два дня позже. В результате пациент удерживался в больнице в течение трех дней без судебного постановления.

ЕСПЧ не принял довод представителя правительства РФ о том, что в соответствии с российским законодательством возможно отложить срок обращения больницы в суд, если окончание предусмотренного законом срока попадает на нерабочий день. Поскольку положения ст. 108 ГПК РФ регулируют исчисление процессуальных сроков, выраженных только в днях, месяцах и годах, очевидно, что эти положения *неприменимы к процедуре обращения в суд для решения вопроса о дальнейшей госпитализации лица в психиатрический стационар, в которой сроки устанавливаются в часах.*

ЕСПЧ не счел приемлемыми также доводы правительства о том, что поскольку 15 и 16 июня 2002 г. не были рабочими днями, дело Бик не могло быть рассмотрено до начала рабочей недели. Как указывается в постановлении ЕСПЧ, в случае **если под угрозой находится свобода человека, государства должны обеспечить доступ к судам даже в праздники и выходные дни, чтобы гарантировать быстрое рассмотрение срочных вопросов в соответствии с предусмотренной национальным законодательством процедурой.**

ЕСПЧ пришел к выводу, что действия национальных властей при обращении в суд для решения вопроса о госпитализации Бика в психиатрический стационар не соответствовали процедуре, предусмотренной российским законодательством. Следовательно, имело место нарушение п. 1 ст. 5 Конвенции.

Присуждая заявителю 1000 евро в качестве компенсации морального вреда, ЕСПЧ указал, что *заявитель испытывал страдания и разочарование в связи с незаконным содержанием его в психиатрической больнице.*

По нашему мнению, избежать подобных ситуаций психиатрическим учреждениям можно различными способами в зависимости от конкретных обстоятельств.

1. Если пациент заранее оговаривает с лечащим врачом (администрацией) срок своего пребывания в стационаре, и окончание этого срока приходится на конец рабочей недели (так, как это было с пациентом в рассмотренном случае), то это позволяет администрации заблаговременно подготовиться к принятию решения о необходимости дальнейшего содержания пациента в стационаре и, не дожидаясь исчерпания лимита времени (48 часов), успеть подать соответствующее заявление в суд до конца рабочего дня пятницы.

Такое заявление может быть подано и до истечения оговоренного пациентом срока, если его согласие (отказ) на пребывание в стационаре по его психическому состоянию может не приниматься в расчет в связи с наличием очевидных показаний для недобровольной госпитализации.

2. В случае если пациент, давший согласие на госпитализацию, неожиданно отказывается от дальнейшего нахождения в больнице и требует выписки в нерабочие для суда дни, администрация учреждения вправе выдержать в полном объеме 48-часовой срок для его освидетельствования и обращения в суд. Закон о психиатрической помощи, как и ГПК РФ, не предусматривает каких-либо ограниченных (укороченных) сроков (менее 48 часов или, например, 24 часа) для совершения указанных выше действий в случаях, если речь идет не о помещаемом в стационар лице, в отношении которого оформляется недобровольная госпитализация, а об уже обследованном в той или иной мере пациенте, добровольно находящемся в стационаре некоторое время. В деле “Бик против России” у администрации оставалось лишь 24 часа (а не 48 часов) для подачи заявления в суд, поскольку Бик был освидетельствован почти сразу (в полдень того же дня) после того, как отказался дольше оставаться в больнице. Оперативность врачей в проведении освидетельствования Бика привела к возникновению дефицита времени для последующего обращения в суд. Администрация стационара, следовательно, вправе в некоторых случаях “не торопиться” с освидетельствованием, имея в запасе в общей сложности двое суток.

3. В случае если пациент поступает в стационар в недобровольном порядке в конце рабочего дня пятницы либо в ночь с пятницы на субботу (или если к этому моменту пациент, нуждающийся в стационарном лечении, отказывается от дальнейшего пребывания в стационаре), психиатрическое учреждение обязано,

не дожидаясь понедельника, направить своего представителя в суд для получения санкции на пребывание пациента в стационаре в недобровольном порядке. В свою очередь, дежурный судья в выходной (праздничный) день обязан рассмотреть такое заявление. Понятно, что получение санкции суда в отношении лица, поступившего в стационар в субботний день, может быть отложено до понедельника, поскольку 48-часовой срок в этом случае превышен не будет.

К сожалению, позиция Верховного Суда РФ³ по делу “Бик против России” оказалась не конструктивной. Верховный Суд РФ не признал существования проблемы, связанной с невозможностью своевременного получения судебной санкции на задержание лица в психиатрическом стационаре в нерабочие для суда дни. По словам заместителя руководителя Аппарата Уполномоченного Российской Федерации при ЕСПЧ Н. Я. Зябриной, Верховный Суд РФ исходит из того, что поскольку представитель психиатрической больницы № 15 “не дошёл до суда”, т.е. не обратился в суд с заявлением в субботний день (15 июня), то, следовательно, нарушений в работе судов Европейским Судом констатировано не было.

В связи с наличием ситуации возможного неисполнения Постановления ЕСПЧ по делу “Бик против России” автор данной статьи в декабре 2011 г. направил на имя заместителя председателя Мосгорсуда Г. А. Агафоновой обращение от лица юридической службы НПА России, в котором содержалась просьба дать разъяснения по поводу организации работы районных судов г. Москвы в выходные и праздничные дни по приему заявлений и даче санкций на пребывание лица в психиатрическом стационаре.

В течение полугода данное обращение “находилось на контроле” у председателя Мосгорсуда О. А. Егоровой, а содержащийся в нем вопрос был “включен в перечень тем, по которым планировалось проведение совещаний”. Наконец, после повторного обращения в Мосгорсуд был получен ответ (от 18.06.2012 г. № ОП-1519/2012) за подписью Г. А. Агафоновой, в котором указывалось:

“В настоящее время вопрос об организации дежурства судей районных судов г. Москвы в выходные и праздничные дни по приему заявлений о даче санкций на пребывание лиц в психиатрическом стационаре разрешен. Московским город-

ским судом проведено совещание с председателями районных судов г. Москвы, на котором обращено внимание председателей на проблемы, приведенные в Постановлении Европейского Суда по правам человека по жалобе “Бик против России”, и принято решение о том, что указанные заявления будут рассматриваться в выходные дни — по субботам и в праздничные дни дежурными судьями. По результатам рассмотрения настоящего обращения в адрес председателей районных судов г. Москвы направлены информационные письма, в которых указано на необходимость своевременного рассмотрения вышеупомянутых заявлений.”

Из приведенной формулировки следует, что районные суды столицы должны быть готовы к приёму заявлений представителей психиатрических учреждений в субботу, а также в любой из праздничных дней.

Таким образом, неопределенность в вопросе об учете нерабочих дней при исчислении срока для подачи психиатрическим учреждением заявления в суд о госпитализации лица в недобровольном порядке в практическом плане устранена. Соблюдать 48-часовой срок подачи заявления в суд следует с учетом положений ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод и Постановления ЕСПЧ по делу “Бик против России”. Этот срок не может быть превышен по какой-либо причине, в т.ч. в связи с наступлением выходных дней.

Решение проблем, обозначенных в данном Постановлении ЕСПЧ, не исчерпывается, однако, организацией дежурств судей. Имевшее место нарушение ст. 5 Конвенции явилось следствием пробельности российского законодательства, а именно неопределенности в вопросах: а) об исчислении процессуального срока пребывания лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке; б) об учёте нерабочих дней при исчислении срока для подачи заявления в суд о недобровольной госпитализации лица. Из Постановления ЕСПЧ прямо вытекает необходимость незамедлительного внесения дополнений в ст. 108 ГПК РФ в отношении окончания процессуального срока, исчисляемого в часах⁴, а также в ст. 32 (либо ст. 33) Закона о психиатрической помощи и ст. 303 ГПК РФ о сроках подачи заявления в суд о недобровольной госпитализации.

³ Пока что Верховный Суд РФ обратил внимание судов на необходимость соблюдения прав граждан, вытекающих из смысла ст. 5 Конвенции и гарантированных ст. 22 Конституции РФ, лишь при принятии решения о заключении под стражу подозреваемых и обвиняемых в качестве меры пресечения, т.е. лишь в уголовном судопроизводстве (См.: постановление Пленума Верховного Суда РФ от 29.10.2009 № 22 “О практике применения судами мер пресечения в виде заключения под стражу, залога и домашнего ареста”).

⁴ Норма об исчислении процессуальных сроков, в т.ч. в часах, имеется в УПК РФ (ст. 128), а в декабре 2011 г. аналогичной нормой был дополнен КоАП РФ (ст. 4.8.).

Обязана ли психиатрическая больница извещать диспансер о выписанном пациенте?¹

Ю. Н. Аргунова

Указывается на нарушение принципа соблюдения врачебной тайны при исполнении требований п. 63 Положения о психиатрической больнице. Предлагается применять дифференцированный подход в решении вопроса, руководствуясь положениями ч. 3 ст. 3 и п. 8 ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”

Ключевые слова: врачебная тайна, пациент, психиатрическая больница, психоневрологический диспансер

Психиатрические больницы, а также психиатрические отделения, организованные в составе ПНД и других лечебно-профилактических учреждений, в своей деятельности руководствуются *Положением о психиатрической больнице, утвержденным приказом Минздрава СССР от 21.03.1988 № 225 “О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи”*. С целью приведения данного Положения в соответствие с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи) некоторые пункты Положения были признаны неподлежащими применению на территории Российской Федерации на основании приказа Минздрава России от 11.01.1993 № 6 “О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы”.

Указанные изменения не коснулись п. 63 Положения о психиатрической больнице. Согласно этой норме *психоневрологический диспансер (диспансерное отделение, кабинет) по месту постоянного жительства больного немедленно извещается больницей о его выписке (при наличии телефонной связи — телефонограммой), а в трехдневный срок после выписки туда направляется копия эпикриза*².

Данное правило, не закреплено, однако, отраслевым законом. Извещение диспансера о выписке пациента и направление туда копии эпикриза не входят в установленный Законом о психиатрической помощи перечень обязанностей администрации и медицинского персонала психиатрического стационара (ст. 39). Эти действия не предусмотрены и в ст. 40, ре-

гулирующей порядок выписки из психиатрического стационара.

Пункт 63 Положения о психиатрической больнице не был приведен в соответствие и с принятыми в 1993 г. Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (далее — Основы). Вследствие этого п. 63 Положения в части обязанности психиатрического стационара немедленно извещать ПНД о выписке пациента и направлять туда копию эпикриза, вступил в противоречие со ст. 61 Основ, не содержащей подобного основания для передачи сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

Передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в т.ч. должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента согласно ч. 3 ст. 61 Основ допускалась только с согласия гражданина или его законного представителя. Как указывалось в письме Департамента развития медицинской помощи и развития курортного дела Минздравсоцразвития России от 22 января 2007 г. № 13413/МЗ-14³, к запросу должностных и иных лиц о выдаче медицинской документации гражданина должно быть приложено письменное согласие самого гражданина (его законного представителя) на передачу таких сведений, заверенное надлежащим образом. Такое условие, как говорилось в письме, должно соблюдаться и при обмене информацией, составляющей врачебную тайну, между различными медицинскими учреждениями и организациями (психиатрическими и общесоматическими), а также между государственными и частными психиатрическими клиниками (частнопрактикующими врачами) при отсутствии оснований для применения ч. 4 ст. 61 Основ.

Без такого согласия предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, в целях обследования и лечения гражданина допускалось лишь в случаях, если гражданин был не способен из-за своего состояния выразить свою волю (п. 1 ч. 4 ст. 61 Основ), т.е.

¹ За разъяснениями по данному вопросу в НПА России обратились зам. главного врача ГБУЗ “Самарская психиатрическая больница” И. М. Сизова и начальник юридического отдела больницы Н. А. Лямина.

² Эпикриз включает формальные данные, краткое изложение анамнеза (катамнеза), развития и течения болезни, данные специальных исследований и лечения, обоснование диагноза и рекомендуемые по выписке лечебные и социально-реабилитационные мероприятия (п. 63 Положения о психиатрической больнице).

³ См.: Московская областная психиатрическая газета, 2008, № 3(40). С. 13.

находился в бессознательном, опасном для его жизни и здоровья состоянии, состоянии измененного сознания, остром психозе в ситуации, когда его представитель недоступен.

Со вступлением в силу Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон № 323-ФЗ), п. 63 Положения о психиатрической больнице стал не соответствовать норме о соблюдении врачебной тайны, сформулированной в ст. 13 указанного закона.

Закон № 323-ФЗ ввел ряд новых оснований, при наличии которых допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Согласно п. 8 ч. 4 ст. 13 Закона предоставление таких сведений допускается теперь при обмене информацией медицинскими организациями, в т.ч. размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Таким образом, предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, в рамках обмена информацией медицинскими организациями, может осуществляться при наличии специальной цели — *оказание медицинской помощи*. Аналогичная цель оговорена и в п. 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных”⁴.

Следовательно, применение п. 63 Положения о психиатрической больнице в части направления в

⁴ “Статья 10. Специальные категории персональных данных

1. Обработка специальных категорий персональных данных, касающихся ...состояния здоровья, ... не допускается, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 настоящей статьи.

2. Обработка указанных в ч. 1 настоящей статьи специальных категорий персональных данных допускается в случаях, если:

1) субъект персональных данных дал согласие в письменной форме на обработку своих персональных данных;

...

3) обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

4) обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;

...”

ПНД без согласия пациента копии эпикриза в контексте положений ст. 13 Закона № 323-ФЗ допустимо лишь в случаях, когда после выписки из стационара пациент по своему психическому состоянию нуждается в оказании амбулаторной психиатрической помощи в виде диспансерного наблюдения, которое устанавливается независимо от согласия лица. Диспансерное наблюдение предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание необходимой медицинской и социальной помощи. В этих случаях правило, содержащееся в п. 63 Положения о психиатрической больнице, позволяет обеспечить преемственность в оказании психиатрической помощи психически больным гражданам.

Между тем, диспансерное наблюдение, как известно, может устанавливаться только за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи). При отсутствии указанных признаков речь может идти об оказании врачом-психиатром консультативно-лечебной помощи при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия (ч. 1 и 2 ст. 26 Закона о психиатрической помощи). В таких случаях обязательная пересылка медицинских документов пациента из стационара в ПНД без согласия пациента не является оправданной и законной. Гражданин при необходимости может самостоятельно предоставить врачу копии своих медицинских документов, выданных ему при выписке из стационара.

Значительная же часть пациентов психиатрических стационаров, выписываемых после обследования (а, зачастую, и лечения), не имеет медицинских показаний для оказания им амбулаторной психиатрической помощи, в т.ч. в консультативном порядке. Среди таких пациентов много лиц с пограничными психическими расстройствами, перенесших неврозы, расстройства, связанные со стрессом. В таких случаях применение п. 63 Положения о психиатрической больнице представляется тем более незаконным. Поступление в ПНД информации об этих пациентах может в дальнейшем негативно отразиться на их репутации и социальном статусе.

Исполнение требований п. 63 Положения о психиатрической больнице способно, впрочем, защитить интересы тех граждан, у которых при стационарном обследовании не было выявлено никаких психических нарушений. Так, гр-ка З., дела которой четырежды выигрывались в суде при участии автора данной статьи, дважды госпитализировалась в стационар в недобровольном порядке (один раз по путевке ПНД, другой раз по скорой психиатрической помощи). В одном случае пациентка была выписана из стационара через 42 часа с момента поступления, в другом —

сразу после вынесения судом решения об отказе в удовлетворении заявления больницы о ее недобровольной госпитализации. Получение диспансером из обеих больниц копий эпикризов, характеризовавших психическое состояние гр-ки З. и свидетельствовавших об отсутствии оснований для оказания ей психиатрической помощи, позволило пресечь дальнейшие попытки ее сына с помощью врачей-психиатров ПНД представить свою мать психически больной и захватить ее жилплощадь.

Пунктом 63 Положения о психиатрической больнице, разработанным задолго до принятия отраслевого и базового законодательных актов в сфере здравоохранения, не обеспечен дифференцированный подход в вопросе о предоставлении в ПНД конфиденциальной информации о гражданине, не предусмотрено исключений из установленного в нем правила. Данная норма, на наш взгляд, представляет собой рудимент “психиатрического учета”, упраздненного Минздравом России в 1993 г. во исполнение п. 3 распоряжения Правительства РФ от 21.10.1992 № 1922-р в части пересмотра и отмены актов, противоречащих Закону о психиатрической помощи⁵.

Пункт 63 Положения не учитывает:

– особенностей психического состояния пациента, характер, тяжесть и динамику психического расстройства (при его наличии),

– степень опасности лица для себя и (или) окружающих (при ее сохранении после проведенного лечения),

– необходимость получения согласия пациента на передачу о нем сведений в диспансер по месту жительства (при сохранении способности пациента выразить свою волю в отношении дачи такого согласия).

Не соответствует норме о врачебной тайне не только п. 63 Положения о психиатрической больнице, но и п. 29, согласно которому лечащий врач больного в течение первых суток должен ставить в известность ПНД по месту его жительства о поступлении больного, госпитализированного в психиатрический стационар помимо участкового врача-психиатра и без его направления.

Во-первых, сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи относятся к врачебной тайне, соблюдение которой является одним из основных принципов охраны здоровья, а защита таких сведений — неотъемлемым правом пациента (п. 9 ст. 4, ст. 13, п. 7 ч. 4 ст. 19 Закона № 323-ФЗ).

Во-вторых, указанная в п. 29 Положения обязанность врача выходит за рамки функций медперсонала психиатрического стационара, установленных ст. 39 За-

кона о психиатрической помощи. Закон предписывает администрации и медперсоналу в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по указанию пациента. Оповещения диспансера Закон не требует даже притом, что правило ст. 39 Закона касается наиболее тяжелых случаев, при которых пациенты помещаются в стационар в недобровольном порядке.

Анализ законодательства позволяет прийти к следующим **выводам**.

1. Психиатрические организации в своей деятельности должны руководствоваться Законом № 323-ФЗ и Законом о психиатрической помощи. Нормы, содержащиеся в пунктах 29 и 63 действующего до настоящего времени Положения о психиатрической больнице, указанным законодательным актам не соответствуют. В такой ситуации следует исходить из общего требования, установленного ч. 3 ст. 3 Закона № 323-ФЗ, в соответствии с которым в случаях несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в нормативных правовых актах Российской Федерации, нормам Закона № 323-ФЗ применяются нормы последнего. К таким “нормативным правовым актам” относится и Положение о психиатрической больнице, утвержденное приказом Минздрава СССР от 21.03.1988 № 225.

Из этого следует, что п. 29 Положения о психиатрической больнице не имеет законных оснований для применения, в то время как п. 63 Положения может применяться, но лишь в отношении определенных категорий пациентов.

2. Положения п. 8 ч. 4 ст. 13 Закона № 323-ФЗ, допускают предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина (его законного представителя) при обмене информацией медицинскими организациями в целях оказания медицинской помощи. Следовательно, психиатрическая больница вправе без согласия пациента известить ПНД по месту жительства пациента о его выписке и направить туда копию эпикриза (выписку из истории болезни) в целях оказания ему амбулаторной специализированной медицинской помощи в случаях, если выписанный из больницы пациент:

– по своему психическому состоянию нуждается в установлении или возобновлении диспансерного наблюдения в соответствии со ст. 27 Закона о психиатрической помощи или

– по решению комиссии врачей-психиатров уже состоит под диспансерным наблюдением на основании указанной статьи Закона о психиатрической помощи.

Во всех остальных случаях передача в диспансер сведений, указанных в п. 63 Положения о психиатрической больнице, может производиться только с письменного согласия пациента.

3. Обязанность больницы уведомлять ПНД о выписанных пациентах, нуждающихся в диспансерном

⁵ Приказ Минздрава СССР от 11.02.1964 № 60 “Об обязательном учете больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического заболевания” был отменен на территории Российской Федерации в соответствии с приказом Минздрава России от 11.01.1993 № 6 “О некоторых вопросах деятельности психиатрической службы”.

наблюдении, а также обязанность предоставлять об этих лицах другие сведения, составляющие врачебную тайну, без их согласия должны быть закреплены в Законе о психиатрической помощи, который нужда-

ется в дополнении в связи с принятием нового базового Закона № 323-ФЗ⁶. Соответствующие поправки, разумеется, следует внести Минздраву России в Положение о психиатрической больнице.

⁶ В разработанном Минздравсоцразвития России проекте федерального закона от 22.11.2011 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внесение по данному вопросу необходимых дополнений в Закон о психиатрической помощи не предусматривается.

Может ли быть ограничено право пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, на ежедневную прогулку?

А. Г. Устинов¹

Рассматривается проблема ограничения права пациентов психиатрических стационаров на ежедневные прогулки, указывается на необходимость внесения дополнений в Закон о психиатрической помощи.

Ключевые слова: право на прогулку, пациенты психиатрических стационаров, ограничение, мониторинг.

Опыт правозащитной деятельности НПА России показывает, что в структуре наиболее частых нарушений прав пациентов психиатрических стационаров, в т.ч. и тех из них, в отношении которых назначены стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (далее — СПЭ), а также принудительные меры медицинского характера, значительное место занимает лишение пациентов права на ежедневные прогулки.

Мониторинг правового положения пациентов 93 психиатрических стационаров в 61 субъекте России, проведенный в мае-июне 2003 г. НПА России совместно с Московской Хельсинкской группой и сетью региональных правозащитных организаций², выявил, что нередко причинами ограничения права пациентов на прогулку являются не только состояние здоровья пациентов, но и недостаток верхней одежды и обуви для прогулок, нехватка персонала, который сопровождает пациентов при передвижении за пределами стационарного отделения, недостаточная изоляция территории, отсутствие должного финансового обеспечения.

Как свидетельствует практика, в качестве причин для лишения пациента права на прогулку администрацией или медперсоналом психиатрического стационара используются и такие доводы, как «плохое» поведение пациента, нарушение пациентом правил

внутреннего распорядка, нахождение пациента в надзорной палате и другие.

Согласно п. 46 Положения о психиатрической больнице (утверждено приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225) *ежедневная прогулка обязательна для всех больных, за исключением больных, находящихся на постельном режиме.*

Тем самым, администрация психиатрического стационара, реализуя право пациентов на прогулку, фактически исполняет императивную норму о проведении ежедневных прогулок, которая установлена в п. 46 указанного Положения.

В п. 24 Временного Положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением и в п. 17 Временного Положения об отделении с усиленным наблюдением психиатрической больницы (утверждены тем же приказом Минздрава СССР от 21 марта 1988 г. № 225) содержатся аналогичные нормы, предусматривающие обязательность ежедневных прогулок для всех больных, за исключением больных, находящихся на постельном режиме, т.е. праву пациентов на прогулку корреспондирует обязанность администрации психиатрического стационара обеспечить ее проведение.

В соответствии со ст. 32 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (далее — Закон № 73-ФЗ) лица, не содержащиеся под стражей, помещенные в судебно-психиатрические экспертные и иные психиатрические стационары для производства СПЭ, пользуются правами пациентов психиатрических стационаров, установленными за-

¹ Юрист, постоянный консультант сайта НПА России, (никнейм) Джульермо Марикото.

² См.: Виноградова Л. Н., Савенко Ю. С., Спиридонова Н. В. Мониторинг психиатрических стационаров России // Независимый психиатрический журнал, 2004, № 3. С. 18.

конодательством РФ о здравоохранении. Следовательно, на них в полной мере распространяются положения ст. 37 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее — Закон о психиатрической помощи), не только определяющие их правовой статус, но и предусматривающие возможность ограничения отдельных прав.

Что касается лиц, содержащихся под стражей и находящихся в судебно-психиатрических экспертных стационарах, специально предназначенных для помещения в них указанных лиц для производства СПЭ, то на них в силу положений ст. 33 Закона № 73-ФЗ распространяются нормы УПК РФ и Федерального закона от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» (далее — Закон № 103-ФЗ). В п. 11 ч. 1 ст. 17 Закона № 103-ФЗ предусмотрено право подозреваемого и обвиняемого пользоваться ежедневной прогулкой продолжительностью не менее одного часа.

Как следует из формулировок п. 46 Положения о психиатрической больнице, п. 24 Временного Положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением, п. 17 Временного Положения об отделении с усиленным наблюдением психиатрической больницы, право пациентов психиатрических стационаров на прогулку может быть ограничено в случае нахождения таких пациентов на постельном режиме. Это единственное основание для ограничения права на прогулку, зафиксированное в ведомственных нормативных правовых актах Министерства здравоохранения.

Однако такое ограничение представляется незаконным. Оно противоречит как Конституции РФ, так и Закону о психиатрической помощи.

В Принципах защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (приняты 17 декабря 1991 г. Резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН) не содержится специального упоминания о праве пациентов на прогулки. Вместе с тем в Принципе 25 указанных Принципов особо подчеркивается, что никакое ограничение или умаление каких бы то ни было существующих прав пациентов, включая права, признаваемые в применяемом международном или внутригосударственном праве, не допускается на том основании, что в данных Принципах такие права не признаются или признаются в меньшем объеме.

Как следует из ч. 1 ст. 5 Закона о психиатрической помощи, лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РФ и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, до-

пустимо лишь в случаях, предусмотренных федеральным законом, и только в конституционно значимых целях (ч. 1 ст. 5 Закона о психиатрической помощи в системном единстве с ч. 3 ст. 55 Конституции РФ).

Право пациента психиатрического стационара на ежедневные прогулки по своей юридической природе вытекает из более универсального конституционного права на свободу передвижения (ч. 1 ст. 27 Конституции РФ).

Как указал Конституционный Суд РФ в абз. 3 п. 2.2 мотивировочной части Определения от 29 сентября 2011 г. № 1068-О-О, ч. 3 ст. 37 Закона о психиатрической помощи содержит исчерпывающий перечень прав, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц. Право на прогулку, реализуемое в соответствии с правилами внутреннего распорядка психиатрического стационара, в перечне прав, подлежащих ограничению, отсутствует.

Таким образом, право на прогулку не может быть ограничено на уровне ведомственного (нормативные правовые акты Минздрава России) или локального (правила внутреннего распорядка психиатрического стационара) нормативного акта. Иное вступало бы в противоречие с Конституцией РФ (ч. 3 ст. 55) и Законом о психиатрической помощи (ч. 1 ст. 5, ч. 3 ст. 37).

Учитывая тот факт, что при оказании психиатрической помощи в условиях стационара право пациентов на совершение ежедневной прогулки может быть ограничено в связи с их нахождением на постельном режиме, установлением карантина, особенностями течения психического расстройства и по иным основаниям, связанным с осуществлением медицинской деятельности, в целях укрепления законности, а также соблюдения права пациентов психиатрических стационаров на ежедневные прогулки считаем необходимым внести изменение в ч. 3 ст. 37 Закона о психиатрической помощи. Предусмотренный в ней перечень прав пациентов, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц, следует дополнить правом на ежедневные прогулки.

Только законодательное закрепление ограничения права пациентов на ежедневные прогулки будет соответствовать Конституции РФ и станет гарантией от незаконного вмешательства администрации и медицинского персонала психиатрического стационара в осуществление пациентами права на совершение ежедневных прогулок.

Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права, 2012, № 2

В. В. Мотов (Тамбов)

С моей точки зрения, наиболее интересная статья номера — “Скрытое медикаментозное лечение при неотложных состояниях в психиатрии: допустимо ли это этически?” (Covert Medication in Psychiatric Emergencies: Is It Ever Ethically Permissible?). Авторы: Erick K. Hung, MD, Dale E. McNiel, PhD и Renée L. Binder, MD, соответственно преподаватель, профессор клинической психологии и профессор психиатрии в отделе психиатрии Калифорнийского университета в Сан-Франциско. Присутствие среди них Renée Binder — гарантия качества статьи.

Авторы определяют скрытое медикаментозное лечение как прием лекарств пациентами, не знающими, что они принимают эти лекарства. В США, как отмечают авторы, до недавнего времени практика скрытого назначения лекарственных препаратов публично не обсуждалась. Между тем, в 2005 г. в *Анналах неотложной медицины* (*Annals of Emergency Medicine*) была опубликована статья, в которой рассматривался случай скрытого лечения психотропными препаратами в отделении неотложной медицинской помощи. Речь шла о страдавшем биполярным расстройством 32-х летнем мужчине, высказывавшем намерение убить своего отца и совершить суицид, отказывавшемся от приема лекарств, контакта с врачом и обследования. Больному был предложен апельсиновый сок в стандартной запечатанной картонной фабричной упаковке, в которую тайно от пациента медицинской сестрой по назначению врача были введены с помощью шприца растворы галоперидола и лоразепама. Пациент согласился выпить сок и через 30 – 45 мин. стал доступен контакту и обследованию, согласился на госпитализацию и был выписан через три дня. Сам пациент и его родные были довольны результатами лечения. Между тем, психиатр, консультировавший пациента перед выпиской, не выразил поддержки скрытому назначению лекарств, а психиатрическая служба направила через несколько дней администрации больницы жалобу на действия врача отделения неотложной помощи.

Рассматривая упомянутую статью, авторы приводят доводы, как в пользу, так и против скрытого назначения лекарств. Аргументы “против”: нарушение автономии пациента и его права на отказ от лечения,

вероятность нарушения терапевтического альянса: врач — пациент и формирования паранойяльной настроенности, сомнительная законность и ряд других. Аргументы “за”: безопасность пациентов и персонала, наличие клинических показаний для назначения лекарств, предпочтение пациентом и его семьей подобной практики мерам стеснения и лечению с использованием принуждения, применение метода за пределами США.

Что касается использования скрытого медикаментозного лечения за пределами США, авторы ссылаются на несколько исследований, проведенных в Великобритании, Индии и Норвегии. В частности, они указывают на статью Trelgar *et al* “Пилуля в сэндвиче: скрытые лекарства в пище и напитках” (*A pill in the sandwich: covert medications in food and drink. J R Soc Med 93:408–11, 2000*), в которой описывается практика скрытого назначения лекарств в учреждениях по уходу за престарелыми в Великобритании. Авторы приводят данные, из которых следует, что 96% опрошенных клиницистов высказали мнение, что скрытое назначение медицинских препаратов пациентам с деменцией в амбулаторных условиях является оправданным, поскольку предупреждает ухудшения психического состояния, снижает риск причинения физического вреда и развития ажитации, поддерживается родственниками пациентов и не подрывает чувство самоуважения больного.

Авторы также обращают внимание, что, хотя в нескольких статьях действующего в Великобритании Закона о правах человека (1998) указывается, что никакое лечение не может проводиться тайно, законодатели признают, что для пациента, утратившего способность выразить согласие на лечение, постоянные меры стеснения и лекарственные инъекции вопреки его желанию могут быть более унижительны и бесчеловечны, чем скрытое назначение лекарств.

Королевский колледж психиатров Великобритании выразил мнение, что в исключительных обстоятельствах скрытое назначение медикаментов может быть приемлемым (Royal College of Psychiatrists: College statement on covert administration of medicines. *Psychiatr Bull* 26:123–6, 2002).

По данным Srinivasan and Thara (2002) в Индии половина из опрошенных 148 членов семей пациентов с шизофренией сообщили, что в случае отказа пациента принимать антипсихотические препараты, они давали ему назначенные врачом лекарства тайно. Обычно такое скрытое антипсихотическое лечение ограничивалось несколькими днями, однако, в 14 % случаев оно продолжалось более года. Примерно четверть пациентов впоследствии узнавала о факте скрытого применения лекарств и многие из них поначалу испытывали гнев и возмущение, однако, в последующем большинство соглашалось принимать препараты “добровольно”.

Kirkevoid and Engedal (2005) изучали практику скрытого применения лекарств в домах по уходу за престарелыми людьми и в отделениях для лечения пациентов с деменциями в Норвегии. На вопрос о том, получали ли их пациенты лекарства, подмешанные в пищу или напитки хотя бы раз в течение последних семи дней, 11 % клиницистов в норвежских домах престарелых и 17 % — в отделениях для лечения деменций ответили утвердительно. Авторы обращают внимание на следующее обстоятельство: 95 % клиницистов назвали такую практику рутинной, однако, документировалась она лишь в 60 % случаев. Они также указывают, что чаще всего пациентам тайно давались противосудорожные препараты, антипсихотики и анксиолитики.

Обсуждая тему правовых последствий скрытого назначения лекарств в США, авторы попытались выяснить, обращались ли пациенты, в отношении которых подобное практиковалось, в суды с исками против врачей. Поиск в LexisNexis не выявил ни одного судебного решения, относящегося к данной теме. Между тем, по мнению авторов, скрытое медикаментозное лечение могло бы рассматриваться не только как неподобающее обращение с пациентом и субстандартное лечение, но в вопиющих случаях, как уголовное наказуемое оскорбление действием.

Практика скрытого лечения неизбежно сталкивается с необходимостью дать удовлетворительный ответ и на ряд важных этических вопросов, касающихся автономии пациента, принципов милосердия, не причинения вреда, защиты окружающих от опасного поведения больного с выраженным психическим расстройством. Как отмечают авторы, скрытое медикаментозное лечение пациентов, не утративших способность принимать решения и контролировать свое поведение, (т.е. сохраняющих свою автономию) является в полной мере незачинным, поскольку явно нарушает суверенитет личности. Принцип автономии не нарушается, когда речь идет о пациентах, утративших способность понимать значение своих действий и получающих адекватное лечение, основывающееся на принципах милосердия, не причинения вреда и в наибольшей степени отвечающее их интересам.

Проблемы, однако, возникают, когда речь идет о пациентах, которые, хотя и в значительной мере, но не полностью, утратили способность понимать свое положение и актуальную ситуацию, и которые отказываются принимать лекарства. Может ли обман быть морально оправданным в данном случае? Что есть большее зло: физическое принуждение пациента к лечению или обман? Авторы приводят точку зрения, согласно которой скрытое медикаментозное лечение больных, нуждающихся в длительном приеме лекарств (например, в учреждениях, по уходу за престарелыми), может быть более оправданным, чем однократное скрытое назначение лекарств в отделениях неотложной медицинской помощи, поскольку повторяющееся использование мер стеснения и принудительное введение лекарств может причинить пациентам больший вред и быть менее гуманным.

Признавая важность и значимость принципа автономии личности, авторы, между тем, не считают его “священной коровой” и приводят примеры, когда автономия отдельного человека “отходит в сторону” перед обязанностью штата обеспечить безопасность граждан штата (как это, например, имеет место в случае законов штатов, запрещающих пользование мобильным телефоном во время управления автомобилем, обязывающих пользоваться ремнями безопасности и др.).

Авторы также обращают внимание, что врачи разных специальностей могут придавать разную значимость автономии личности. Например, в отделениях неотложной медицинской помощи очередности оказания помощи, правильной сортировке больных и их безопасности может придаваться большее значение, чем их автономии. Психиатры, наоборот, могут придавать особое значение сообщению пациенту правдивой информации, даже если в результате этого пациент при оказании ему неотложной помощи становится более ажитированным. Причина? Психиатрическая практика показывает, что пациент (в особенности параноидный), узнав, что обманут врачами, может стать более агрессивным в отношениях с ними в будущем. И даже если результатом “помощи с помощью обмана” удовлетворены и персонал отделения, и семья пациента, и он сам, лишение пациента права знать, что делают врачи с его мозгом и телом, не обесценивает ли человеческое достоинство? Оправдывает ли цель средства, которыми она достигается?

Авторы также останавливаются на роли культуральных различий в оценке степени значимости автономии личности. Приводя пример, относящийся к Гонконгу, где взрослому амбулаторному пациенту с параноидной шизофренией с нарушениями поведения и критики его мать вводит назначенное психиатром антипсихотическое средство в суп и кормит сына таким образом ежедневно на протяжении нескольких месяцев, авторы задают вопрос, нарушает ли мать автономию сына или проявляет уважение и к потребно-

стям больного сына, и к автономии семьи, в которой он живет? В культуре Китая, замечают авторы, представление о необходимости уважать право личности на самоопределение выражено заметно слабее, чем в евро-американской, и интересам семьи придается большее значение, чем интересам индивида. Влияние семьи на решения, относящиеся к лечению, велико и часто является преобладающим. В противоположность этому, в евро-американской культуре с ее акцентом на права отдельного человека, автономия личности, обычно, более значима, чем автономия семьи.

Авторы приводят еще один пример, подробного рода, касающийся Индии. Ссылаясь на работу Srinivasan and Thara (2002), они указывают, что практика скрытого лечения пациентов в семье может рассматриваться как соответствующая культуре Индии, где большинство больных шизофренией живут с родственниками, оказывающими им помощь. Они полагают, что поскольку назначенное психиатром лекарство тайно дается пациенту членами семьи, как правило, лишь короткое время в периоды обострений, такой способ лечения имеет право на существование и способствует решению проблемы отказа от приема психотропных препаратов.

По мнению авторов, основной вопрос в дискуссии о скрытом назначении лекарств — чего хотят пациенты, как потребители медицинских услуг? Ссылаясь на упомянутую статью Srinivasan and Thara, они обращают внимание на следующее обстоятельство: когда пациентам становилось известно, что они тайно подвергались медикаментозному лечению, реакция их, хотя и была часто негативной, однако, не оказывала влияния на их приверженность лечению в дальнейшем.

В США, как отмечают авторы, реакция психиатрических пациентов на скрытое лечение не изучалась, однако имеются данные об отношении пациентов к ряду других аспектов неотложной психиатрической помощи и эти данные косвенно указывают на вероятное отношение лиц с психическими расстройствами к скрытому назначению им психотропных препаратов. Так, например, 64 % опрошенных американских психиатрических пациентов ответили, что если в ситуации оказания им неотложной психиатрической помощи им придется выбирать между необходимостью принимать лекарства или подвергнуться мерам стеснения, они предпочтут лекарства. 54 % пациентов, к которым когда-либо принимались меры стеснения, заявили, что такой опыт отбил у них всякое желание обращаться в дальнейшем за психиатрической помощью.

С 1980-х гг. в США в ряде штатов узаконен документ, называемый *advance directive* (в дословном переводе — “заблаговременное распоряжение”), в котором дееспособный пациент заранее выражает согласие (или несогласие) на определенные виды лечения в будущем, в случае если возникнет вопрос о необходимости лечения, а пациент к тому времени ут-

ратит способность принимать решения. По данным авторов, к настоящему времени более 25 штатов приняли законы, разрешающие использовать заблаговременное распоряжение, и 77 % психиатрических пациентов в 5 городах США отметили, что они бы сделали заблаговременное распоряжение относительно своего будущего психиатрического лечения, если бы имели такую возможность. Как заблаговременное распоряжение могло бы повлиять на решение о скрытом назначении лекарств? Что если пациент указал бы в таком распоряжении, что в период утраты способности принимать решения в ситуации, когда требуется оказание неотложной психиатрической помощи, он бы предпочел скрытое от него лечение мерам стеснения или лечению с применением мер принуждения?

Авторы отмечают, что не знают в США ни одного закона, который бы прямо адресовался или легализовал практику скрытого назначения медицинских препаратов при неотложных состояниях в психиатрии. Между тем, по мнению авторов, ключевая этическая дилемма при оказании неотложной помощи психиатрическому пациенту — чего важнее избегать: физического принуждения или обмана? Этическая оценка скрытого назначения лекарств может меняться в зависимости от клинической ситуации. Авторы не находят этического оправдания скрытому медикаментозному лечению в ситуациях, не являющихся неотложными или, когда больной не утратил способность принимать решения. Когда ситуация неотложная, а пациент по своему психическому состоянию не способен принимать решения (утратил автономию), авторы считают необходимым сперва попытаться убедить его принять лекарство, указав на возможность использования принуждения. Лишь при безуспешности таких попыток скрытое лечение, по мнению авторов, может быть оправданным. Документированные данные об эмоциональной травме, физическом повреждении или других неблагоприятных последствиях, связанных с применявшимися ранее мерами физического стеснения, могут способствовать принятию решения о скрытом лечении.

В заключение авторы призывают к публичному обсуждению относящихся к данной теме сложных этических вопросов и обращают внимание на необходимость проведения исследований для выяснения частоты скрытого назначения лекарств при неотложных состояниях в психиатрии, отношения пациентов и врачей к данной практике и идентификации условий, на которых может быть достигнуто общее согласие.

“Медикаментозное лечение агрессивности в условиях тюрьмы: фокус на окскарбазепине” (Medications for Aggressiveness in Prison: Focus on Oxcarbazepine) — статья, подготовленная Jeffrey A. Mattes, MD — психиатром из Принстонской фармакологической исследовательской ассоциации, Принстон, штат Нью-Джерси.

Разделяя агрессию на импульсивную и хищническую (пример последней — войны между преступными группировками), автор отмечает, что в определенных обстоятельствах (в той же войне криминальных банд) импульсивная агрессия может быть эго-синтонной для агрессора. Однако по мере нарастания проблем из-за собственного агрессивного поведения в тюрьме, многие заключенные могут испытывать стремление уменьшить ее.

Автор отмечает скудость публикаций и противоречивость результатов исследований по теме медикаментозного контроля агрессии. Так, в 1970 – 1990 гг. были получены данные о позитивном влиянии лития, фенитоина, дивалпрокса на заключенных с импульсивной агрессией. В относительно недавнем обзоре Stanford *et al* (2009) фармакологических методов лечения импульсивной агрессии вне тюремной системы указывается на наличие убедительных доказательств эффективности большинства имеющихся антиэпилептических препаратов (фенитоин, карбамазепин, окскарбазепин, ламотриджин, дивалпрокс, топирамат), при этом в качестве препарата первого выбора рекомендуется фенитоин, затем карбамазепин или дивалпрокс.

Между тем Goedhard, *et al.* (2006) говорят о недостатке убедительных доказательств антиагрессивного действия антипсихотиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и бета-блокаторов, а Volavka *et al* (2006) отмечают, что хотя антиконвульсанты и литий широко используются для контроля агрессии, эффективность их для этой цели убедительно не доказана.

В психиатрии, замечает автор, теории по большей части пытаются лишь объяснить полученные в эксперименте данные об эффективности того или иного препарата, т.е. не прогнозируют результат, но лишь толкуют его *post factum*.

Между тем, автор высказывает мнение, что те из антиэпилептических средств, которые оказываются наиболее эффективны при лечении комплексных парциальных эпилептических припадков (височная эпилепсия), будут, вероятно, наиболее эффективны и в плане редукции импульсивной агрессии, поскольку первичные очаги патологической активности при комплексных парциальных припадках типично обнаруживаются в структурах лимбической системы, являющейся мощным модулятором агрессивного поведения.

Отмечая, что появившийся на американском рынке лет десять назад антиконвульсант окскарбазепин имеет структуру близкую к карбамазепину, и оба эффективны при височной эпилепсии с комплексными парциальными припадками, автор обращает внимание на преимущества окскарбазепина: меньшая гепатотоксичность, меньший риск проявлений кардиотоксичности и нейротоксичности, более удобная схема приема препарата (2 раза в день), ценовая доступность (срок патентной защиты истек и окскарбазепин

производится в США тремя фармкомпаниями). Автор имеет собственный положительный опыт применения окскарбазепина, но признает его ограниченность и призывает к проведению контролируемых исследований для оценки эффективности окскарбазепина при лечении импульсивной агрессии у заключенных.

Замечу, что в заявлении о наличии или отсутствии финансового или других конфликтов интересов автор указал, что несколько лет назад проводил исследование окскарбазепина, финансируемое Novartis (мультинациональный гигант фарминдустрии с штаб-квартирой в Базеле, производитель трилептала (торговое наименование окскарбазепина)).

Две следующие статьи обзора касаются темы: психиатрия и право. Первая — **“Представляют ли вербальные заявления опасность?”** (Do Verbal Statements Constitute Dangerousness?). Авторы: David H. Streckmann, MD, судебный психиатр, D. Clay Kelly, MD, адъюнкт- профессор психиатрии в медицинской школе университета Тулейн (Tulane University), штат Луизиана.

Верховный суд штата Техас, рассматривая дело State v. K. E. W, 315 S. W. 3d 16 (Tex. 2010), решил, что вербальная угроза может удовлетворять установленным законом критериям “недавнего явного действия” (recent overt act) и быть достаточной для недобровольной госпитализации больного с выраженным психическим расстройством.

17 апреля 2008 г. страдающий шизофренией пациент К. пришел в местный центр психического здоровья на плановый прием к психиатру. К. заявил, что ему “назначено оплодотворить множество женщин” и настоятельно требовал встречи с одной из сотрудниц центра. Опасаясь за безопасность упомянутой женщины, психиатр позвонила в полицию. Отказавшийся разговаривать с прибывшими полицейскими, К. был доставлен ими в университетский медицинский центр. В психиатрическом отделении К. сообщил, что намерен улучшить человеческую расу, оплодотворив группу женщин, в том числе свою падчерицу, постоянно держал при себе листы бумаги с детальным планом своих действий и списком “избранниц”, периодически становился злобным, заявлял, что персонал скрывает от него информацию о нужных ему женщинах, часть из которых, по его представлениям, покинула больницу путем “перемещения во времени”. Наконец, К. заявил, что пора выписываться, т.к. настало время выполнить свою миссию. Штат Техас решил добиваться недобровольной госпитализации К. в психиатрическую больницу штата на срок до 90 дней и представил в суд медицинскую документацию и показания сотрудников психиатрического центра. Лечившая К. психиатр показала в суде, что К. говорил о своем предназначении оплодотворять женщин, однако ни угроз, ни намерения делать это вопреки желанию женщин не высказывал. В то же время доктор выразила беспокойство, что психическое состояние К.

таково, что может лишить его способности понимать, что “нет означает нет”. Суд удовлетворил ходатайство штата о недобровольной госпитализации К., а на следующем слушании — и о недобровольном его лечении психотропными препаратами. К. обжаловал оба судебных решения. Апелляционный суд штата отменил оба решения суда первой инстанции, указав, что штат не предоставил доказательств, что поведение К. включало в себя требуемое техасским законом “явное действие” (overt act), которое бы свидетельствовало о вероятности причинения К. серьезного вреда окружающим. Штат обжаловал решение апелляционного суда.

Верховный суд штата Техас отменил решение апелляционного суда. Указав на приводящиеся в словаре определения терминов “явное” и “действие”, суд обратил внимание, что существующий в Техасе статут о недобровольной психиатрической госпитализации не требует доказательства такого недавнего “явного действия”, которое бы само по себе доказывало вероятность причинения пациентом серьезного вреда окружающим. Техасский статут, указав суд, требует лишь, чтобы “явное действие” “имело тенденцию подтвердить” вероятность серьезного вреда. Как отметил Суд “иметь тенденцию” (tend) означает “иметь склонность” (to have leaning), “способствовать” (to contribute to), или иметь более или менее непосредственное отношение или влияние” (have a more or less direct bearing or effect). Суд также детально проанализировал показания лечивших К. психиатров, обратив внимание, что во время бесед с врачами К. временами становился возбужденным, вторгался в персональное пространство собеседника и что, по мнению лечащего врача, К. “представляет опасность для женщин вообще, т.к. может ошибочно принять любую женщину за “обещанную ему” или “желающую быть оплодотворенной”. Суд, между тем, отверг утверждение штата, что лишь чуть больше, чем крупница доказательств наличия угрозы требуется для того, чтобы недобровольно госпитализировать психиатрического пациента, подтвердив, что стандарт доказывания в данном случае — “ясное и убедительное доказательство” (соответствующее, по представлениям профессионалов, 75 % достоверности). В то же время суд указал, что в определенных случаях вербальная коммуникация сама по себе, даже если она и не носит явно угрожающего характера, образует “с правовой точки зрения достаточное доказательство”, с помощью которого “благоразумный исследователь фактов” (т.е. судья или жюри присяжных) мог бы сформировать твердое убеждение в отношении необходимости недобровольной госпитализации.

Обсуждая данный случай, авторы отмечают, что для квалификации вербальной угрозы в качестве угрозы физическим насилием уголовное право, как правило, требует наличия явной актуальной возможности причинения вреда (например, поднятие кулака).

Авторы обращают внимание, что для лиц с серьезными психическими расстройствами порог того, что определяется, как угрожающее поведение, традиционно был и остается ниже требуемого уголовным законом. Хотя несколько штатов ранее требовали доказательства опасности для окружающих при недобровольной психиатрической госпитализации “вне всяких разумных сомнений” ((beyond reasonable doubt) — самый строгий стандарт доказательств, применяется в американском уголовном праве, оцениваемый профессионалами как соответствующий примерно 90 % достоверности), большинство штатов применяли и применяют стандарт “ясное и убедительное доказательство” (примерно 75 % достоверности). Как замечают авторы, более низкий порог для недобровольной госпитализации, предполагает менее строгий процесс доказывания. По мнению авторов, здесь возникает следующая проблема: если рассматривать словесные заявления (даже содержащие пугающие обертоны сексуальных угроз) в качестве соответствующих критерию опасности для окружающих закона о недобровольной психиатрической госпитализации, то закон может превратиться в “кодекс вежливости”.

Как представляется, авторы статьи солидарны с мнением одного из судей Верховного суда Техаса, который, хотя и поддержал решение большинства суда, тем не менее, выразил беспокойство, что словесные высказывания, “не достигавшие уровня угрозы” (в суде не было установлено, что К. когда-либо высказывал намерение принудить женщин к вступлению с ним в сексуальную связь), расценены судом, как соответствующие критерию опасности закона о недобровольной госпитализации. Опасность К. для окружающих, скорее может быть обоснована некоторыми аспектами его невербального поведения, такими, например, как составление и постоянное хранение при себе поименного списка женщин, которых К. собирался оплодотворить и детального плана своих действий в данном направлении.

“Завещательная дееспособность” (Testamentary Capacity) — вторая из упомянутых статей по психиатрии и праву. Авторы: Jonathan Raub, MD, MPH, судебный психиатр, J. Richard Ciccone, MD, профессор психиатрии, директор программы психиатрии и права в университете Рочестер (University of Rochester), штат Нью-Йорк.

В деле *In the Matter of the Estate of Berg*, 783 N. W. 2d 831 (S. D. 2010) Верховный суд штата Южная Дакота рассматривал вопрос: ошибся ли суд первой инстанции, решив, что длительно страдавший шизофренией пациент сохранил способность выразить свою волю и не подвергался “неподобающему влиянию” (undue influence) в период оформления завещания.

После увольнения из американской армии в 1943 г. у Fred Berg отмечались зрительные и слуховые галлюцинации, по поводу которых ему на протяжении

нескольких лет проводилась ЭСТ, а в 1950 г. была произведена билатеральная префронтальная лоботомия, после которой он, как пишут авторы, “оставался способен участвовать в социальных и развлекательных мероприятиях до конца своей жизни”.

В 1967 г. Администрация по делам ветеранов нашла, что Berg утратил способность вступать в договорные отношения и вести свои денежные дела. Суд назначил Американскую банковую и трастовую компанию опекуном по его страховым и денежным делам.

В 1991 г. Berg’a навестил его племянник и между ними установились дружеские отношения, продолжавшиеся до смерти Berg. Племянник часто звонил дяде, они регулярно виделись на протяжении последних 16 лет. Руководитель социальной службы в доме престарелых, где жил Berg, отмечала, что последний всякий раз с приездом племянника оживлялся и с энтузиазмом говорил об этих посещениях. Лишь очень немногие другие члены семьи изредка посещали пациента. В 1996 г. племянник узнал, что дядя имеет \$500.000 на счету в банке, однако, не сообщил об этом другим членам семьи. В 1997 г. по рекомендации племянника Berg встретился с юристом для составления проекта завещания.

В 1998 г. он подписал завещание, назначив наследниками своего имущества племянника и двух своих сестер. Персонал дома престарелых отмечал, что, хотя в то время Berg и заявлял, что его отец — покойный актер Fred MacMurray, он, как правило, был ориентирован в пространстве, времени и собственной личности, участвовал в групповых обсуждениях текущих событий и через день после оформления завещания, выполняя мини-тест для оценки психического состояния, набрал 28 баллов из 30 возможных.

В ноябре 2006 г. Berg умер. В апреле 2007 г. Ms. Ordahl — дочь брата Berg обратилась в суд с требованием признать завещание недействительным, поскольку, с ее точки зрения, к моменту оформления завещания Berg утратил завещательную дееспособность. Ordahl также утверждала, что племянник оказал на дядю “неподобающее влияние” и требовала равного распределения имущества Berg. Приглашенный ею судебный психиатр показал в суде, что Berg страдал шизофренией, был более податлив влиянию и у него “вероятно” отмечались расстройства мышления психотического уровня (называл себя сыном известного актера). Сама Ordahl, видевшая Berg последний раз за 12 лет до его смерти, заявила, что ко времени оформления завещания он был “по существу человекоподобным”. Суд оценил ее свидетельство как “слухи, основывающиеся на слухах”. Суд также отметил, что сотрудники и пациенты дома престарелых знали завещателя лучше, чем кто-либо другой и их показания в отношении его способности выразить свою волю более убедительны для суда, чем заключение судебного психиатра со стороны истицы. Суд решил, что в период

оформления завещания Berg обладал завещательной дееспособностью, отметив, что завещатель понимал, что имеет “значительное” состояние и знал, кому он назначает свои деньги. Суд также не нашел каких-либо доказательств “неподобающего влияния” со стороны племянника, особо отметив, что последний отказался от наследства в пользу одинокой сестры завещателя.

Ordahl обжаловала судебное решение в Верховном суде штата Южная Дакота. Суд пришел к заключению, что имевшаяся у завещателя “устойчивая бредовая идея”, что его отцом является американский актер Fred MacMurray не могла заметно влиять на условия и положения завещания и не затрагивала его способность оформить завещание, поскольку этот актер не назван завещателем своим наследником. Суд указал, что для того, чтобы быть способным оформить завещание не требуется безупречного психического здоровья и “завещательная дееспособность определяется не каким-либо единичным моментом времени, но должна рассматриваться как психическое состояние завещателя на протяжении некоторого времени до и после оформления завещания”.

Анализируя данное судебное решение, авторы отмечают, что основной вопрос в данном деле, как и во всех других, касающихся установления наличия или отсутствия тех или иных “способностей” (например, нести уголовную ответственность, участвовать в судебном процессе и т.д.) — нарушают ли болезненные симптомы возможность выполнять специфическую задачу или функцию в требуемом объеме. Авторы обращают внимание, что критерии наличия завещательной дееспособности (наследодатель должен иметь адекватное представление о размерах своего состояния и о людях которые будут пользоваться плодами его щедрости) задуманы так, чтобы они предвещали достаточно низкие (может быть, самые низкие) правовые требования к уровню психического функционирования индивидуума. В суде бремя доказывания лежит на оспаривающей завещание стороне, стандарт доказательства — “ясное и убедительное доказательство” (примерно 75 % достоверности). Авторы призывают судебных психиатров, помнить, что коллатеральная информация может быть предвзятой, учитывая часто кипящие вокруг завещания страсти. Если оценка завещательной дееспособности производится в период оформления завещания, авторы считают полезным производить видеозапись обследования. Такая видеозапись может иметь важное доказательное значение в случае, когда вопрос о способности испытуемого оформить завещание перешел в судебную плоскость.

В завершение обзора — **“Предикторы общего рецидивизма и повторных преступлений, связанных с применением насилия, в штате Нью-Йорк среди заключенных с выраженными психическими расстройствами”** (Predictors of General and Violent

Recidivism Among SMI Prisoners Returning to Communities in New York State) — статья, авторы которой (Donna L. Hall, PhD, Richard P. Miraglia, LMSW, Li-Wen G. Lee, MD, Deborah Chard-Wierschem, PhD, Donald Sawyer, PhD) представляют службу психического здоровья штата Нью-Йорк.

Как отмечают авторы, ранее проводившиеся исследования показывают, что частота повторных арестов и возвращений в тюрьму среди освободившихся из нее лиц практически не зависит от наличия или отсутствия у них психических расстройств. Так, по данным L. Feder (1991), среди освободившихся из тюрем в штате Нью-Йорк подверглись аресту в течение первых 18 месяцев пребывания на свободе 64 % тех, у кого имелись серьезные психические расстройства и 60 % — не обнаруживавшие психических расстройств. Аналогичное исследование в штате Вашингтон в 1996 – 7 гг. продемонстрировало, что в течение года после освобождения из мест лишения свободы вновь подверглись аресту за совершение тяжких уголовных преступлений (felony) 41 % экс-заключённых с выраженными психическими расстройствами и 37 % всех освободившихся. В нескольких работах, относящихся к 1994 – 95 гг. указывается на более низкий уровень повторных арестов среди правонарушителей с психическими расстройствами в сравнении с общей популяцией правонарушителей.

Высокий уровень рецидивов правонарушений часто связывается с трудностями, с которыми сталкивается экс-заклучённый на свободе, включая ограниченный доступ к работе, адекватному жилью, лечению зависимости от алкоголя или наркотиков. Авторы обращают внимание на дополнительные трудности для экс-заклучённых с психическими расстройствами: многие программы, предназначенные для облегчения процесса перехода из тюрьмы в общество не рассчитаны на работу с лицами с выраженными психическими расстройствами, а местные психиатрические службы плохо подготовлены для работы с пациентами, вернувшимися из заключения и проявляющими усвоенное в тюремной культуре дисфункциональное поведение.

Между тем, как отмечают авторы, факторы, часто идентифицируемые как наиболее точные предикторы рецидивизма в общей популяции освобождающихся из тюрьмы, являются по отношению к индивидууму, преимущественно, внутренними, а не внешними специфическими стрессорами, связанными с процессом возвращения в общество.

Авторы ссылаются на выполненный Gendreau *et al* (1996) мета-анализ 131 работ, касающихся исследования рецидивизма у 750.000 бывших заключённых (взрослых), отмечают, что наиболее убедительными предикторами рецидивизма оказались история правонарушений в прошлом, антисоциальные установки, ценности и поведение, антисоциальная личность и криминальное окружение. Злоупотребление наркоти-

ками и алкоголем, поддержка семьи и уровень социальных достижений имели меньшую предиктивную силу. Степень выраженности дистресса практически не имела отношения к рецидивизму. Как указывают авторы, упомянутое исследование, а также ряд других способствовали сосредоточению фокуса внимания при работе с заключёнными на реструктуризации их когнитивных процессов и системы ценностей, обучении новым путям решения проблем.

Хотя вышеупомянутый мета-анализ Gendreau *et al* показал, что уровень личностного дистресса, включая выраженность психического расстройства, является, в лучшем случае, очень слабым предиктором рецидивизма в общей популяции правонарушителей, исследование, по мнению авторов, оставило без ответа важный вопрос: отличается ли набор характеристик, наиболее точно прогнозирующих рецидивизм у правонарушителей без психических расстройств, от такового у правонарушителей с психическими расстройствами?

В выполненном в 1998 г. Bonta *et al* мета-анализе 58 публикаций, касающихся рецидивов у правонарушителей с психическими расстройствами, было показано, что наиболее надежные предикторы рецидивизма в данной субпопуляции — совершение правонарушений в прошлом и антисоциальная направленность личности. Семейные и бытовые проблемы, злоупотребление наркотиками и алкоголем, оказались более слабыми предикторами, в сравнении с отмеченными выше. Диагноз психического расстройства психического уровня или расстройства настроения и данные о лечении по поводу психических расстройств в прошлом либо не имели связи с рецидивизмом, либо находились по отношению к нему в обратно-пропорциональной зависимости.

Авторы также обращают внимание на проводившееся в 2009 г. в Техасе исследование влияния больших психических расстройств и злоупотребления наркотиками и алкоголем на частоту нарушений режима условно-досрочного освобождения. Было установлено, что само по себе наличие одного из указанных расстройств не повышает риск отмены УДО и возвращения человека в тюрьму, однако их сочетание — повышает. Было также показано, что вне контекста криминального поведения злоупотребление наркотиками и алкоголем ассоциируется с несоблюдением врачебных предписаний, обострением имеющегося психического расстройства и повторными госпитализациями.

Важный вопрос — характер взаимоотношений между психиатрическим лечением по месту жительства и рецидивизмом. Изучение уровня повторных арестов у лиц с серьезными психическими расстройствами, освободившихся из тюрьмы в штате Вашингтон, показало отсутствие статистически-значимой связи между лечением по месту жительства и повторными арестами за тяжкие преступления или преступления против личности. Одно из возможных объяснений —

низкая интенсивность лечения (в типичных случаях от 2 до 5 часов в месяц). Значительно более интенсивная программа обязательного амбулаторного психиатрического лечения в Нью-Йорке, как отмечают авторы, имела результатом уменьшение частоты госпитализаций и уменьшение частоты арестов. Однако подобный эффект наблюдался лишь после 12 месяцев лечения, что наводит на мысль о необходимости долгосрочных программ психиатрического амбулаторного лечения лиц с психическими расстройствами, освобождающихся из мест лишения свободы.

Между тем, изучение рецидивизма в штатах Вашингтон и Флорида (2007 г.) показало, что получение доступа к программе оказания помощи малоимущим и психиатрическому лечению по месту жительства ассоциировалось лишь с небольшим снижением среднего числа арестов. Более того, участие экс-заключенных с серьезными психическими расстройствами в программе амбулаторного психиатрического лечения по месту жительства неожиданно оказалось связано с более высоким уровнем их арестов за совершение преступлений с применением насилия. Было высказано предположение, что такая связь отражает тенденцию вовлекать в лечение пациентов, имеющих наибольший риск совершения подобного рода преступлений. В другом исследовании (Constantine R *et al.*, 2010), отмечалось, что отсутствие контактов с амбулаторной психиатрической службой в течение предыдущих 3 месяцев значительно повышало вероятность совершения экс-заключенными с серьезными психическими расстройствами преступлений небольшой степени тяжести и в меньшей степени — тяжких преступлений.

Суммируя сказанное, авторы отмечают, что существующие исследования показали, что статические и динамические факторы, обладающие предиктивной силой в отношении рецидивизма в общей популяции правонарушителей, являются значительно более точными в предсказании повторных арестов среди

экс-заключенных с серьезными психическими расстройствами, чем такие факторы, как диагноз психического расстройства или психиатрическое лечение по месту жительства после освобождения из мест лишения свободы.

Что касается исследования, выполненного непосредственно авторами рассматриваемой статьи, то оно включало в себя 2185 субъектов с серьезными психическими расстройствами (психозы, большое аффективное расстройство), освободившихся из тюрем в штате Нью-Йорк в период 2006 – 7 гг. Примерно 46 % из них подверглись аресту в период наблюдения (от 683 до 1410 дней), но лишь 11 % — за преступления, связанные с применением насилия.

Авторы полагают, что проведенное ими исследование подтвердило ранее полученные данные о сходстве предикторов рецидивизма у экс-заключенных имеющих и не имеющих серьезные психические расстройства. Ими также не обнаружена связь между наличием психиатрического диагноза, уровнем потребности в психиатрическом лечении, предыдущими психиатрическими госпитализациями и частотой арестов.

Существующие в обществе представления о повышенной опасности правонарушителей с психическими расстройствами не нашли подтверждения как в исследовании авторов, так и в предыдущих работах по теме, показывающих относительно низкую склонность к насилию и отсутствие связи показателей, относящихся к психическому здоровью с уровнем повторных арестов за преступления, связанные с проявлением насилия. В целом, как отмечают авторы, статистические данные о риске рецидивизма среди экс-заключенных с серьезными психическими расстройствами и без таковых, не имеют заметных отличий, потому программы, направленные на коррекцию антисоциальных установок, импульсивности и обучающие более эффективным способам решения проблем, по-видимому, в равной степени важны для обеих популяций.

Новый способ запугивания инакомыслящих

В первом выпуске НПЖ за этот год мы уже изучали и сетовали на то, как ведущее экспертно-психиатрическое учреждение страны — Государственный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского — подает дурной пример своим филиалам и ученикам — направлять многих подэкспертных после прохождения ими амбулаторной СПЭК на стационарную, даже в случаях, где это не имеет никакого профессионального смысла.

Приводимый ниже и получивший широкую огласку “случай” — пример использования этого приема в политических целях — для запугивания оппонентов власти. Получается будто бы аккуратнее советского опыта, но теперь всем видна эта подкладка.

Коллизия проста. Как следует из материалов уголовного дела, 31.12.2012 г. на сайте “right Karelia.ru” была размещена статья с названием “Карелия устала от попов” пользователем от имени карельского отделения Молодежной правозащитной группы с персонального компьютера. “Указанный файл с информацией, направленной на унижение достоинства человека либо группы лиц по признакам отношения к религии, был доступен для просмотра и копирования неограниченному числу пользователей сети Интернет”.

О возбуждении уголовного дела подэкспертный узнал во время неожиданного обыска, вызвавшего у него сильный стресс: ночь не спал, был тревожен, обратился к психотерапевту.

Был направлен на амбулаторную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, которая сделала следующие выводы. “М. Е., 1976 г.р., единственный ребенок в семье служащих. Сведений о раннем развитии нет. Со слов, в детстве боялся темноты. С программой общеобразовательной школы справлялся хорошо, окончил 11 классов. Со слов, по характеру формировался активным, общительным, в то же время обидчивым, чувствительным. Долго не мог определиться с профессией, окончил одно за другим 3 училища, но ни одна из профессий не понравилась. В армии не служил “из пацифистских соображений”. Окончил ПГУ, поступил в аспирантуру, но через 2 года был отчислен. В последующем подрабатывал журналистикой, стал учредителем общественной молодежной благотворительной организации. Со слов, в сложных жизненных ситуациях эпизодически обращался за помощью к психотерапевту. (Мед.документации, подтверждающей данные сведения, не представлено.) После обыска и воз-

буждения в отношении него уголовного дела обратился к психотерапевту РПНД с жалобами на нарушение сна, кошмарные сновидения (не отражающие стрессовой ситуации), снижение настроения, тревогу, что было расценено в рамках посттравматического стрессового расстройства.

При настоящем освидетельствовании обнаруживается сохраненный интеллект, отсутствие психотической симптоматики, держится уверенно, с оттенком манерности и самолюбования, стремится подчеркнуть свою неординарность и эрудированность, отмечается склонность к рассуждательству и распылчатости в ответах, несмотря на предъявляемые жалобы, активен, стеничен в отстаивании собственных интересов, значимой депрессивной, апатической симптоматики не прослеживается. При психологическом обследовании отмечается превалирование истероидных черт, степень выраженности которых оценить затруднительно.

На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что для уточнения актуального состояния и степени выраженности личностных девиаций М. Е. нуждается в назначении и проведении ему стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизы с предоставлением комиссии дополнительных сведений в виде:

- характеристик с мест работы и учебы (в т.ч. аспирантуры);
- допросов родных и друзей об особенностях характера и поведении подэкспертного”.

Что же это был за текст, повлекший обыск и уголовную статью за экстремизм? Приводим его полностью.

“Карелия устала от попов.

В столице Карелии наблюдается рост антицерковных настроений. Ничего удивительного в этом нет. Мыслящая часть общества понимает, что церковь — это тоже партия власти. РПЦ так же, как и ЕР дурачит народ сказками о том, как хорошо мы живём, при этом гребя под себя деньги. Тотальная коррупция, олигархия и всевластие спецслужб напрямую связаны с возрождением русской православной церкви (РПЦ). За бюджетные деньги, которых нет на самое необходимое, в Карелии строятся храмы, РПЦ получает в пользование помещения детских садов, которых катастрофически не хватает. Рязенные бородачи — нынешние секретари по идеологии — заполнили собой экраны телевизоров. Попы рассуж-

дают обо всём, начиная от канализации и заканчивая модернизацией. Всё это вызывает рвотный рефлекс у нормальных людей, которые, не будучи способны повлиять на этот засилье “попографии”, выражают своё отношение к провинциальным чиновникам РПЦ через надписи на стенах зданий, где кучкуется православное отродье. “Pay and pray” (Плати и молись), “Christ is dead” (Бог умер) — на стенах Православного центра в Петрозаводске (ул. Лыжная, 4 — бывший детский сад).

Карельское отделение “Молодёжной правозащитной группы”.

Мы видим, что вменяемый автору текст представляет 10 строчек широко распространенных и свободно выговариваемых антиклерикальных взглядов, выраженных в эмоционально раскованной форме. Обвинение касается следующего выражения: “...надписи на стенах зданий, где кучкуется православное отродье”, хотя ясно, что понятие “отродье” касается не всех православных. В любых сообществах, партиях, учреждениях есть категория лиц, которых называют “отродьем”. Отродье одновременно обозначает изначальную принадлежность к определенному роду и отринутость от него, то есть грубость направлена не на православных, а на тех, кто не соответствует этому обозначению в его подлинном смысле слова, но так называется. Впрочем, какая-нибудь карманная психолого-лингвистическая экспертиза выполнит любое задание. Конечно, наивно всерьез оспаривать то, что явственным образом служит искусственной придишкой, поводом для следственного отдела “быть в теме”.

Но экспертам в таких прозрачно ясных делах необходимо сохранять профессиональное достоинство.

Правда, власть придумала простое средство: неправосудные приговоры наших марионеточных судов, автоматически легитимизирующие заказные экспертизы, нельзя будет критиковать всем, у кого нет юридического образования, а непослушного эксперта могут и арестовать за “экспертное инакомыслие” (“Новая газета”, № 96, 27.08.2012, стр. 9).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ
психиатра и психолога относительно заключения
судебно-психиатрической экспертной комиссии
амбулаторной комплексной судебной
психолого-психиатрической экспертизы
М. Е., 1976 г.рожд.**

Настоящее заключение составлено 15 мая 2012 г. по запросу адвоката Рыбаловой Ольги Петровны на основании представленной ею ксерокопии заключения судебно-психиатрической экспертной комиссии от 23.04.2012 г. первичной амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы М. Е., 1976 г.рожд., проведенной в Республиканском психоневрологическом диспансере Минздравсоцразвития Республики Карелия,

для ответа на вопросы: является ли научно обоснованным заключение экспертов, что “для уточнения актуального состояния и степени выраженности личностных девиаций М. Е. нуждается в назначении и проведении ему стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизы с предоставлением комиссии дополнительных сведений в виде:

– характеристик с мест работы и учебы (в т.ч. аспирантуры);

– допросов родных и друзей об особенностях характера и поведения подэкспертного”?

Заключение написано на 6 страницах, из которых одна страница посвящена паспортной части, одна страница — анамнезу и материалам дела, две трети страницы — психическому состоянию подэкспертного, две страницы — психологическому исследованию и одна страница — выводам.

Заключение написано профессионально и достаточно полно для ответа на поставленные вопросы.

Эксперты рисуют активную, общительную натуру, в то же время чувствительную и впечатлительную. Подэкспертный был лидером, был стилигой, после 11 классов окончил три средних технических училища, получив специальности крановщика, кондитера, отделочника, но всякий раз бросал работу, не чувствуя призвания. В армии не служил в силу пацифистских убеждений. Окончил филологический факультет Петрозаводского государственного университета и после двух лет аспирантуры отчислен из-за “недоразумения с руководителем”. Создал молодежную правозащитную организацию, подрабатывал журналистикой.

Со всем этим диссонирует указание на якобы “замкнутый образ жизни”, противоречащее всем прочим сведениям и без указания на свой источник, период времени и вкладываемый смысл.

Столь же неуместным выглядит акцентирование экспертами длительных поисков подэкспертным своего профессионального призвания, особенно в контексте успешного окончания им университета и двухлетней работы в аспирантуре.

Приведенные данные о реакции на строгую школьную учительницу, как “психологическое насилие”, сохраняющиеся юношеская альтернативность, оппозиционность, неудовлетворенность, настойчивость, самостоятельность и упорство в своих убеждениях (пацифизм, правозащитная деятельность, отсутствие вредных привычек) являются свидетельством характерного акцентуированного типа личности, т.е. разновидности нормы.

Эксперты обнаружили явную тенденциозность, квалифицируя файл подэкспертного как “содержащий информацию, направленную на унижение достоинства человека либо группы лиц по признакам отношения к религии”. Подхватив эстафету обвинения в отношении содержательной характеристики файла подэкспертного и конформно повторяя формулировку следователя, эксперты вышли за пределы своей

компетенции и вмешались в сферу, которая является прерогативой суда.

Такого же рода тенденциозность проявилась в оценочном отношении экспертов к мировоззренческой позиции подэкспертного. Публичная критика государственной власти и собственное мнение по юридическим вопросам, — т.е. право любого гражданина — для них основание говорить о “завышенной самооценке”, “рассуждательстве”, о том, что подэкспертный “считает себя компетентным в юридических вопросах, не имея юридического образования”. Для них, видимо, не существует естественного права. Так можно было бы написать о множестве циркулирующих в открытой прессе статей, гораздо более резких по тону, как и любой цитате на эту тему из классиков марксизма-ленинизма или энциклопедистов эпохи Просвещения.

Все это является психиатризацией широко распространенных банальных оппозиционных высказываний, повторением характерных формулировок печальной практики советской практики в области психиатрии.

Психологическое заключение намного тщательнее психиатрического, но тем контрастнее и здесь выступает недоброжелательная тенденциозность эксперта-психолога, которой буквально дышит лексический выбор описания подэкспертного: что бы он ни сказал и ни сделал, характеризуется в негативном ключе, все естественные человеческие побуждения — представить себя в лучшем свете, вызвать сочувствие, подчеркнуть свои успехи и т.п. — все это оценивается с недоброжелательной придирчивостью. Так, эксперт пишет: “Стремится произвести исключительно положительное впечатление о себе”, “умалчивает о негативных сторонах своей личности”. В заключении много оценочных суждений, даваемых без примеров и обоснования, непонятно, каким образом и из чего выведенных: “изворотлив”, “не способен к глубоким чувствам, хотя внешне демонстрирует сочувствие, сострадание”. Немало также противоречий: “стеничен, упорен и добросовестен” при достижении поставленных целей, стремится завоевать авторитет любым доступным способом, склонен настаивать на своем”; и на той же пятой странице: “не отличается смелостью”, “не является достаточно сильной личностью”, “пасует в ситуациях сложных, в которых должны проявляться лидерские качества и стеничные особенности”. При этом подэкспертный в “неплохом темпе” и “неплохо”, по выражению эксперта, справляется со всеми тестами, “контроль в целом тоже неплохой”. Эксперт-психолог старательно избегает самого главного — клинико-психологического анализа, не вводит описанные ею личностные характеристики в ситуационный контекст, в общественную деятельность подэкспертного, в его реакцию на обыск. Непредвзятость и элементарное гуманное начало полностью отсутствуют.

Из заключения экспертов хорошо видно, что они легко могли ответить на все адресованные им вопросы, так как любая из возможных квалификаций состояния подэкспертного, любой из предполагаемых для дифференцировки диагнозов, ведет к одинаковому ответу на основные второй и третий вопросы.

Из представленных данных экспертов-психиатров и эксперта-психолога хорошо видно, что М. Е. ни ранее, ни в настоящее время психическим расстройством не страдал и не страдает. Диагноз, который мог бы быть ему поставлен, ограничивается так наз. “акцентуацией личности смешанного характера”, что является вариантом нормы. Но даже, если бы М. Е. поставили диагноз “истероидное расстройство личности”, или даже “вялотекущая шизофрения”, это не изменило бы ответа на второй и третий вопросы.

Что касается второго и третьего вопросов, то М. Е. способен “правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать об этом показания”, и он “понимал характер и значение совершаемых действий”, публикуя в сети Интернет свою статью “Карелия устала от попов”. Об этом свидетельствует отсутствие бреда, “нарушений и искажений мыслительных процессов” и вообще каких-либо продуктивных или негативных психопатологических проявлений, наличие критики к своему состоянию и ситуации, цельная жизненная позиция. Вторая половина фразы, содержащей этот вопрос, а именно: “которая унижает человеческое достоинство человека либо группы лиц по признакам отношения к религии”, имплицитно обвинение, которое ставится на усмотрение суда и за которым недопустимым образом послушно, конформно пошли эксперты, как за директивой.

Что касается индивидуально-психологических особенностей личности М. Е., то эксперт-психолог при всей своей явственной тенденциозности и конформности с обвинением, выдвинутым следователем, даже при тщательном психологическом исследовании, ставя каждое лыко в строку, не смогла обнаружить ничего большего чем “превалирование истероидных черт характера со смешанным типом реагирования”, что в большей мере связано с экспертной и судебной ситуацией.

Пятый вопрос — “повлияло ли возбуждение уголовного дела и производство обыска на психическое состояние М. Е.?”, все эксперты тщательно обходят, игнорируя его. Между тем, мы усматриваем в материалах дела, как они изложены в заключении экспертов, несомненный ущерб психическому здоровью подэкспертного: возбуждение уголовного дела, о котором он узнал в момент неожиданного обыска, вызвало психический стресс и развитие невротических реакций. Вместо признания этого очевидного факта эксперты усугубили психотравму своим решением о

назначении стационарной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

Заключение экспертов характеризуется выраженной тенденциозностью и совершенно научно не обоснованным отказом от ответов на заданные вопросы, тогда как все основные данные, необходимые для этих ответов, в заключении содержатся. Эксперты предлагают поместить М. Е. в судебное отделение психиатрического стационара, что является лишением свободы, для “уточнения актуального состояния и степени выраженности личностных девиаций”, т.е. для того, что заведомо ничего не изменит в ответах на заданные вопросы. Поэтому рекомендация экспертов о проведении **стационарной** судебной комплексной

психолого-психиатрической экспертизы **является научно необоснованной**. Рекомендуется повторная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Такое искусственное затягивание дела в данном случае выглядит как наказание, вполне эквивалентное помещению диссидентов в психиатрические лечебницы в советский период, но не сопряженное со скандалами, а позволяющее скрыться в тумане “научной добросовестности”.

**Ю. С. Савенко
Л. Н. Виноградова**

Возмущение растёт

Отсутствие пока всплеска психиатрических дел с политическим посылом в современном общественно-политическом контексте объясняется просто: теперь успешно используются в том же качестве судебно-психологические и судебно-психологолингвистические экспертизы. Мы неоднократно комментировали совершенно позорные тексты функционеров власти в тоге профессоров и членов каких-то размножившихся

академий, разменявших на это свое профессиональное достоинство. Сейчас появилось много открытых писем психологов об этом как коллективных, так и персональных. Мы помещаем ниже открытое письмо бывшего зам. министра просвещения, автора успешно начатой школьной программы по развитию толерантности, которая была пресечена в момент, когда востребованность этой проблемы только обострилась.

Открытое письмо о психологической экспертизе

Лето 2012 года имеет шанс войти в историю России как сезон фанатиков. На глазах цивилизованного мира наша наука, в первую очередь психология, превращается в идеологическое орудие кар и репрессий. В первую очередь речь идет о непрофессиональном использовании психологической и психолингвистической экспертизы в судебной практике.

Призраком инсулинового ГУЛАГа, карательной науки вновь появляется в стране. Драматическим итогом подобных манипуляций может стать превращение самого института научной экспертизы в идеологическое средство разжигания ненависти на национальной и религиозной почве, охоты на ведьм, социальной эпидемии поисков врагов народа, массовой дискредитации отечественной науки и просвещения.

Думаю, что нагнетаемой в обществе истерике, кликушеству, мракобесию необходимо противопос-

тавить спокойное, междисциплинарное обсуждение “Независимая психологическая (психолингвистическая) экспертиза как профессиональный институт гражданского общества”. Я обращаюсь ко всем своим коллегам с этим письмом еще и потому, что происходящая вакханалия использования психологии в карательных целях порочит память моего друга, выдающегося психолога, основателя отечественной психолингвистики и автора проекта психолингвистической экспертизы академика Алексея Алексеви-ча Леонтьева.

*Вице-президент Российского психологического общества, член президиума Российской академии образования, заведующий кафедрой психологии личности МГУ
Александр Асмолов*

Заключение специалиста как предмет этического разбирательства

Проф. Е. В. Снедкову

Глубокоуважаемый Евгений Владимирович!

Обращаюсь к Вам как председателю Этического комитета РОП.

В НПА России обратился адвокат с просьбой оценить прилагаемое ниже заключение врача А. В. Белякова в профессиональном и этическом плане. Мне представляется важным обсудить этот конкретный случай в качестве прецедентного.

Врач-психиатр юридической консультации, судя по тексту, давно не имеющий опыта практической работы, дает в имущественном споре показания о не зафиксированном в документах диспансера посещении на дому 10 лет назад пациентки — практикующего астролога под видом ее клиента и, не обнаружив суицидального риска, который послужил основанием

звонка в диспансер ее матери, сразу ставит диагноз шизофрения.

Как психиатр юридической консультации он не может не понимать сейчас все стороны сложившейся ситуации. Давая такое заключение, А. В. Беляков как бы лишает пускай даже больную шизофренией права распоряжаться своим имуществом, приравнивая ее к недееспособным.

Само заключение несостоятельно и в профессиональном плане. Мы собираемся опубликовать его в НПЖ и хотели бы с Вашей помощью должным образом оценить такого рода практику.

С уважением, президент НПА России
Ю. С. Савенко

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

Управление лицензирования и аккредитации

Лицензия № ЛО-01-003617 от 13.04.2011 г.

Врач-психиатр Беляков Андрей Владимирович

Кабинет врача в юридической консультации

119526, г. Москва, ул. 26 Бакинских комиссаров, д. 14.

ОГРНИП 310774600180119526,

ИНН 7721801118869, ОКПО 0117048704

Тел.: +7(499)391-10-77; +7(926)655-96-14

e-mail: avbelyakoff@yandex.ru

Медицинское заключение врача-психиатра о состоянии здоровья А. Д., 1962 г.рожд.

Адвокат Смирнова Ольга Борисовна обратилась к врачу-психиатру Белякову Андрею Владимировичу (кандидат медицинских наук, стаж работы в области общей и судебной психиатрии с 1977 г.) с просьбой дать заключение специалиста о состоянии психического здоровья А. Д. в период от 2000 года и до ее смерти 31.05.2010 г., в том числе при оформлении завещания 24.05.2010 г.

Врачу-психиатру были заданы следующие вопросы:

1. Имела ли А. Д. во время её осмотра на дому в декабре месяце 2000 года признаки психического расстройства?

2. Могла ли А. Д. в юридически значимый период, 24.05.2010 г., понимать значение своих действий и руководить ими?

В распоряжение врача-специалиста были представлены медицинские документы, а именно копия медицинской карты № 4641 стационарного больного из

ГКБ № 61, копии материалов гражданского дела № 2-819/11 по иску Ильичева В. Д. к Корнеевой Р. В.

В середине декабря 2000 года в регистратуру психоневрологического диспансера № 1 г. Москвы позвонила мать А. Д. с просьбой о визите врача-психиатра для осмотра её дочери, так как она возбуждена, высказывает намерения покончить с собой. Руководствуясь законом “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, я посетил А. Д. у неё дома. Так как А. Д. негативно относилась к врачам любого профиля, по просьбе её матери я был вынужден представиться человеком, нуждающимся в “предсказании моей грядущей судьбы” (в противном случае А. отказалась бы общаться). Я застал А. Д. в приподнятом настроении, она сразу после знакомства взяла меня за руку, рассматривая её, стала предсказывать мне череду фантастических событий, которые должны произойти со мной на следующий день. Во

время беседы она активно жестикулировала, речь её была ускорена по темпу, в виде монолога, непоследовательна, перескакивала с одной темы на другую. Иногда пациентка неожиданно вскакивала с места и ходила по комнате. Утверждала, что может не только предсказывать судьбу, но и исцелить меня от болезней. Для этого я должен совершить священный поход к захоронению тела шамана, дух которого переселился в неё. При моих попытках высказать сомнение в её способностях, А. Д. озлоблялась. Мышление больной было рассудательским, паралогичным. Суждения были полностью оторваны от реальности и не поддавались никакой коррекции. В конце беседы она сказала, что последнее время дух её сильно утомил, и она больше не может ни лечить, ни предсказывать, так как ощущает полное “душевное опустошение”, отказалась от дальнейшего общения и удалилась в свою комнату. После осмотра я разъяснил матери больной характер болезненных переживаний и перспективы ухудшения состояния при оставлении пациентки без психиатрической помощи, несмотря на это мама отказалась от госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (без согласия больной). Мама больной также сказала, что такое психическое состояние у дочери уже около года, всё это время она сама не решалась пригласить врача-психиатра, чтобы совсем не испортить отношения с дочерью, и она думает, что уговорит дочь лечь в больницу добровольно. После чего я оставил путёвку в Клиническую психиатрическую больницу № 1 и телефон неотложной психиатрической помощи при необходимости госпитализации без согласия больной. Матери А. Д. было указано, что при повторных высказываниях о намерении покончить с собой, необходимо вызвать неотложную психиатрическую помощь. Факт осмотра на дому А. Д. в своей медицинской

практике я очень хорошо запомнил, несмотря на прошедший более чем 10-летний срок, т.к. острота состояния пациентки и отсутствие возможности для госпитализации в недобровольном порядке, ввиду непоследовательного поведения матери больной (вызов на дом и отказ от недобровольной госпитализации), встречаются в практике врача-психиатра нечасто.

При исследовании показаний свидетелей из материалов гражданского дела мне стало известно, что А. Д. в течение более чем 15 лет была нездорова психически (показания свидетелей Зотовой И. В., Мирошкиной И. В., Дедковой М. М.), была охвачена идеями реформаторства, “общалась с космическим разумом”, занималась самолечением, в результате чего у нее в ГКБ № 61 была обнаружена аденокарцинома яичника гигантских размеров, а также она резко похудела на 25 кг.

Из представленных мне медицинских документов, несмотря на отсутствие сведений о психическом состоянии здоровья А. Д., можно сделать заключение, что она во время пребывания в ГКБ № 61 и в период времени после выписки из больницы находилась в крайне тяжелом, по существу, в предсмертном состоянии.

Ответы на заданные юристом вопросы:

1. А. Д. во время её осмотра на дому врачом-психиатром психоневрологического диспансера № 1 Беляковым А. В. безусловно страдала хроническим психическим расстройством в виде параноидной шизофрении, что соответствует коду F20.0 Международной классификации болезней 10 класса Y.

2. В юридически значимый период, 24.05.2012 г., А. Д. не могла понимать значение своих действий и руководить ими.

Врач-психиатр канд. мед. наук А. В. Беляков
06.04.2012

“Медицинское заключение” доктора Белякова: песнь торжествующего непрофессионализма

“Медицинское заключение врача-психиатра” с 35-летним стажем работы и, к тому же, целого кандидата медицинских наук Белякова А. В. имеет отношение к медицине, и к психиатрии — в частности, только лишь обильным использованием специальной терминологии. Это настоящий сборник многочисленных свидетельств потрясающей профессиональной безграмотности своего автора, который при подготовке специалистов можно рекомендовать в качестве полезного дидактического материала. Учебное задание: “перечислите совершенные врачом противозаконные деяния, а также допущенные им грубые нарушения принципов психиатрической диагностики и профессиональной этики”. Правильные ответы могут быть сформулированы примерно так.

1. Ч. 6 ст. 23 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закона) предписывает обязательность фиксации в медицинской документации причин обращения к психиатру и данных психиатрического освидетельствования (описание психического статуса, заключение с предварительным диагнозом и квалификацией психического состояния обследуемого, перечень принятых мер и рекомендованных мероприятий). Врач Беляков обязан был завести на гражданку Д. амбулаторную карту и внести в нее все вышеперечисленные сведения. Данное требование Закона он не выполнил. Заключение построено на собственных мемуарах Белякова, относящихся к событию 10-летней давности. Гораздо честнее ему было бы оформить воспоминания как свидетельские показания при своей явке в суд

с повинной, нежели пытаться позиционировать себя в роли эксперта по делу о посмертном завещании Д.

2. Как видно из текста заключения, при обращении в регистратуру ПНД мать Д. сообщила, что ее дочь возбуждена и высказывает намерения покончить с собой. Но в то же время Д. — практикующий астролог — продолжает вести прием обращающихся к ней клиентов. Следовательно, достаточных оснований предполагать наличие у Д. тяжелого психического расстройства, обуславливающего ее *непосредственную* опасность для себя или окружающих и поэтому расценивать данный случай как неотложный, предусматривающий недобровольное психиатрическое освидетельствование, не имелось. Предполагая, что без психиатрической помощи может наступить существенный вред вследствие ухудшения психического здоровья Д., Белякову следовало бы направить в суд письменное мотивированное заключение о необходимости ее освидетельствования. Вместо этого Беляков, располагая соответствующей информацией от матери (т.е., используя свое служебное положение) и представившись поэтому человеком, нуждающимся в предсказании своей судьбы, заведомо обманным путем проник в квартиру Д. В случае, если Д. проживала отдельно от матери, такого рода действия Белякова противоречили ст. 25 Конституции РФ и подпадали под действие ст. 139 УК РФ “Нарушение неприкосновенности жилища”. Вообще, розыгрыши психиатром, находящимся при исполнении своих должностных обязанностей, подобных спектаклей перед гражданами вряд ли этичны — даже в тех случаях, когда Закон разрешает ему психиатром не представляться.

Далее из текста следует, что в момент визита Белякова к Д. полученные со слов матери сведения никакого подтверждения не нашли. Поведение Д. вполне соответствовало роду ее занятий, находилась она “в приподнятом настроении” и ничем не обнаруживала признаков агрессии либо аутоагрессии — единственного обстоятельства, которое позволяет врачу, проводящему психиатрическое освидетельствование, не представляться обследуемому психиатром. Тем не менее, в нарушение требований ч. 3 ст. 23 Закона, Беляков продолжал преднамеренно вводить Д. в заблуждение и изображать из себя клиента на приеме у астролога.

3. Ст. 10 Закона предписывает устанавливать диагноз психического расстройства в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не допускает диагностики, которая основана только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями. Между тем, Беляков обосновывает “безусловно” установленный им Д. диагноз параноидной шизофрении приверженностью Д. астрологическим верованиям и традициям. В изложении Беляковым психического статуса Д. не содержится ни одного из критериев диагностики шизофрении, предусмотренных МКБ-10, равно как и облигатных или даже факультативных симптомов шизофрении, выде-

ленных Э. Блейлером. Использование терминологических дефиниций не подкреплено ни одним хотя бы мало-мальски доказательным описанием. К сказанному следует добавить, что непоследовательность речи, рассуждательство, паралогичность и оторванность суждений от реальности сами по себе не являются неопровержимым доказательством психического расстройства, т.к. сплошь и рядом встречаются у здоровых. Яркий пример тому — текст анализируемого “медицинского заключения”.

Кстати сказать, теоретически не исключено, что “при моих попытках высказать сомнение в его способностях” Беляков станет озлобляться — подобно Д. в аналогичной ситуации, если доверять его описанию. И хотя наверняка эта реакция вызовет у меня “душевное опустошение”, прибегать к психиатрической интерпретации эдакой несурзности в поведении Белякова я все же сочту невозможным.

После прочтения текста заключения можно, конечно, предположить наличие у Д. определенных личностных особенностей. Однако говорить в данном случае о каком-либо диагнозе, даже пограничного психического расстройства, а тем более — шизофрении, ввиду полного отсутствия анамнестических сведений, характерной для какой-либо нозологической формы клинической картины, синдромальной оценки состояния совершенно неправомерно. Диагноз процессуального заболевания выглядит весьма и весьма сомнительным. За исключением инцидента с Беляковым в декабре 2000 г., Д. ни ранее, ни после — в течение 10 лет, вплоть до своей смерти, последовавшей 31.05.2010 г., в поле зрения психиатров не находилась. В т.ч., у лечащего врача в период пребывания Д. незадолго до смерти на стационарном лечении по поводу злокачественной опухоли в ГКБ № 61, по-видимому, не возникало никаких подозрений насчет наличия у нее психического заболевания, ибо психиатр-консультант к ней не вызывался. Сам Беляков в своем заключении фактически указывает, что “в течение более 15 лет” психическое состояние Д. было вполне стабильным: она (между прочим, как некоторые политики) “была охвачена идеями реформаторства” (увы, неизвестного нам содержания и качества), “общалась с космическим разумом” (как и положено астрологу) а также, подобно многим своим согражданам, занималась самолечением. На сохранность у Д. реалистического понимания происходящего и прогностических способностей косвенным образом может указывать и то обстоятельство, что свое завещание она оформила 24.05.2010 г. — ровно за неделю до своей смерти.

Кстати, Белякову явно не помешало бы разок заглянуть в МКБ 10-го пересмотра, дабы убедиться, что психические расстройства отнесены в ней к классу V, а вовсе не к “10 классу Y”, как он пишет в выводах.

4. Допустим, что Беляков попросту непрофессионально описал психическое состояние и все-таки на самом деле в момент его посещения у Д. обнаруживались и “острота состояния”, и предусмотренные Зако-

ном основания для госпитализации в недобровольном порядке. Хотя возраст Д. нигде в своем заключении Беляков не приводит, надо полагать, что ей было больше 15 лет и она не признавалась судом недееспособной. В таком случае Беляков был бы *обязан*, в соответствии со ст. 29 Закона, обеспечить госпитализацию Д. в психиатрический стационар — независимо и от ее личного согласия, и независимо от согласия ее матери, которая по действующему законодательству никак не могла являться законным представителем Д. Однако Беляков соответствующих мер не принял ... “ввиду непоследовательного поведения матери (вызов на дом и отказ от недобровольной госпитализации)”.

Между тем, совершенно очевидно, что равным счетом никаких оснований для недобровольной госпитализации Д. в психиатрический стационар не имелось. Д. никогда на протяжении жизни не совершала каких-либо опасных действий в отношении себя или окружающих; после визита Белякова ухудшения психического состояния не произошло (может быть — благодаря тому, что Беляков свою чуткую “психиатрическую помощь”, к счастью, ей не оказал).

Упомянутое умозаключение Белякова: Д. “в течение более чем 15 лет была нездорова психически” и “занималась самолечением, в результате чего у нее в ГКБ № 61 была обнаружена аденокарцинома яичника гигантских размеров, а также она резко похудела на 25 кг”. Данный опус мог бы, наверное, претендовать на статус научного открытия, если бы в действительности самолечением занимались только психически больные и только у них развивались бы неоперабельные опухоли. Поэтому этот вывод не только обескураживающе безграмотен, но и кощунствен.

5. Как известно, для вывода о неспособности обслеваемого понимать значение своих действий и/или руководить ими важен не только сам по себе диагноз психического заболевания (в т.ч., шизофрении), но и убедительные аргументы в пользу того, что соответствующие интеллектуальные и/или волевые функции были вследствие этого заболевания настолько существенно нарушены, что лишали его данной способности. Причем не вообще когда-либо в жизни, а конкретно в юридически значимый период. К примеру, больной шизофренией может находиться в это время в состоянии качественной ремиссии. Чем же аргументирует свой вывод Беляков? Тем, что ... Д. “во время

пребывания в ГКБ № 61 и в период времени после выписки из больницы находилась в крайне тяжелом, по существу, в предсмертном состоянии”(!) Белякову, конечно же, неизвестно, что как раз на этом рубеже люди издревле имеют обыкновение составлять свои завещания. От дальнейших комментариев по данному поводу поэтому воздержимся.

Явная тенденциозность, пристрастность “медицинского заключения” невольно наводит на мысль, что Беляков прямо или косвенно заинтересован в исходе дела, связанного с завещанием Д., не в пользу исполнения ее последней воли. Впрочем, разбираться с этим вопросом и выяснять, имел ли он в соответствии со ст. 16, 18 ГПК РФ право выполнять функции судебно-психиатрического эксперта, а именно — определять медицинские и юридические критерии, являющиеся предпосылками недееспособности, должны компетентные органы.

Подводя итог, нельзя не отметить безапелляционную самоуверенность Белякова, с которой он излагает свою откровенную чушь. Спрос на аналогичного рода “услуги” таких же сомнительных специалистов, как он, всегда был и будет. Отчего же Белякову не торжествовать? Он знает: никто не лишит его ни сертификата специалиста, ни лицензии на подобную псевдопрофессиональную деятельность. В нужные сроки, после предоставления в бюрократические инстанции кучки документов и квитанций за оплату имитации повышения своей квалификации, он будет благополучно проходить очередные переаттестации и продолжать столь же безнравственным способом успешно зарабатывать деньги. А может быть, напишет на основе своих мемуаров (или конфабуляций?) еще одну диссертацию и станет доктором медицинских наук.

С более или менее подобными ситуациями нам неизбежно вновь и вновь придется сталкиваться до тех пор, пока функции контроля соответствия специалистов (аттестации, сертификации, участие в лицензировании, повышение квалификации) не будут переданы Минздравом саморегулирующейся медицинской профессиональной ассоциации.

*Председатель Комиссии Правления РОП
по вопросам профессиональной этики,
эксперт Национальной Медицинской Палаты,
зав. кафедрой психиатрии
СЗГМУ им. И. И. Мечникова
д.м.н. профессор Е. В. Снедков*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА на документы по делу А. Д., 1962 г.рожд.

Настоящее заключение составлено 16 июля 2012г. мною,

по запросу адвоката Ланиной Надежды Яковлевны на основании представленных ксерокопий следующих документов:

1) медицинское заключение врача-психиатра Белякова А. В. от 06.04.12 г.;

2) ответ ПНД № 1 на запрос суда от 27.04.2011 г.;

3) ответ НКД № 5 на запрос суда от 28.04.2011 г.;

4) протокол судебного заседания Никулинского райсуда г. Москвы от 17.05.2011 г.;

5) заключение комиссии экспертов № 917-2 ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева от 21.10.2011 г.;

б) акт судебно-медицинского исследования трупа № 1112 от 31.01.2010 г.;

7) сборник А. Д. “Вечные знаки”, издательство “Дельфис”, М., 2011 (180 стр.)

8) рукописные материалы А. Д., присланные по запросу издательством “Дельфис”:

а) рассказ “Зазеркалье” (6 стр.);

б) рассказ “Кошкосолы” (10 стр.);

в) аннотация к опубликованной книге “Вечные знаки” (1 стр.);

г) отдельные заметки (13 стр.),

для ответа на вопросы:

1) можно ли считать заключение врача-психиатра Белякова А. В. от 06.04.2010 г. научно обоснованным?

2) подтверждает ли характер практической деятельности и литературной продукции А. Д., включая ее рукописные тексты, диагноз психического расстройства?

Текст, названный “медицинское заключение врача-психиатра” написан на двух страницах и не соответствует общепринятой форме написания подобных заключений. Полностью отсутствует обоснование сделанных выводов. Текст не соответствует заключению специалиста также по стилю и профессионально лексике. Это скорее “осведомительная справка”, а не заключение специалиста.

Более того, врач Беляков А. В. не представился психиатром, как это положено, а назвался клиентом, пришедшим за предсказанием своей “грядущей судьбы”. Таким образом, не только он играл роль клиента, но и А. Д. на протяжении всей беседы с ним играла роль предсказательницы. Тем не менее, Беляков А. В. счел возможным интерпретировать профессиональный оккультный спектакль, сознательно впечатляюще-эффективный зрительно и словесно, как “оторванный от реальности” и “не поддающийся никакой коррекции”, а процедуру оккультного внушения и расхожей идеи о переселении душ как нарушения мышления и параноидный бред.

Тем самым, клиническая беседа — основной метод психиатрии, требующий для сопоставимости совершенно другой системы социальных ролей и отношений, — не только не состоялась, а была подменена обоюдными произвольными толкованиями.

С другой стороны, Беляков А. В. фактически провел недобровольное освидетельствование. Оправданием этого стал, со слов Белякова А. В., звонок матери А. Д. в ПНД № 1 об угрозе суицидального риска. Но в описании поведения А. Д. никаких признаков такого риска не отмечено. Наоборот, Беляков А. В. нашел А. Д. в “приподнятом настроении”.

Далее Беляков А. В. пишет: “После осмотра я разъяснил матери больной характер болезни, переживаний и перспектив ухудшения состояния при оставлении пациента без психиатрической помощи”, “указал, что при повторных высказываниях о намерении покончить с собой необходимо вызвать неотложную психиатрическую помощь” и оставил путевку в кли-

ническую психиатрическую больницу № 1 на случай недобровольной госпитализации. Однако тот факт, что сам Беляков А. В. не предпринял обязательных при серьезных опасениях действий по недобровольной госпитализации не только по п. “а”, но и по п. “в” ст. 29, свидетельствует об отсутствии реального риска, вопреки его заверениям о вреде врезавшемуся ему в память этом случае. Мы знаем, что такой госпитализации не потребовалось на протяжении всего последующего десятилетия.

Утверждение Белякова А. В., что факт осмотра на дому А. Д. он “очень хорошо запомнил, несмотря на прошедший более чем десятилетний срок, т.к. острота состояния пациентки и отсутствие возможности для госпитализации в недобровольном порядке ввиду непоследовательного поведения матери больной (вызов на дом и отказ от недобровольной госпитализации) встречается у врача-психиатра нечасто”, вызывает серьезные сомнения. Дело в том, что такие коллизии совершенно обычны. Между тем, эта его консультация на дому в качестве психиатра ПНД № 1 никак не документирована. Оба диспансера — психоневрологический и наркологический — ответили на запросы, что А. Д. у них “на учете не состояла и фактов обращения за медицинской помощью не зафиксировано”.

Другим, помимо своего “осмотра”, основанием для диагноза Беляков называет показания свидетелей из гражданского дела Зотовой И. В., Мирошкиной И. В., Дедковой М. М. и, не обсуждая их, на их основании квалифицирует состояние А. Д. как “охваченность идеями реформаторства”, “общение с космическим разумом” и “занятие самолечением, в результате чего у нее в ГКБ № 61 была обнаружена аденокарцинома яичника гигантских размеров, а также она резко похудела на 25 кг”.

На основании изложенного Беляков А. В. отвечает на первый из двух заданных ему вопросов — Имела ли А. Д. во время ее осмотра на дому в декабре месяце 2000 года признаки психического расстройства? — что “А. Д. во время ее осмотра на дому врачом-психиатром психоневрологического диспансера № 1 Беляковым А. В. безусловно страдала хроническим психическим расстройством в виде параноидной шизофрении, что соответствует коду F 20.0 Международной классификации болезней 10 класса Y”. О дате своего осмотра за 10 лет до этого и его особенностях он здесь умалчивает.

Использование выражения “безусловно” считается не только в научной, но и в клинической практике некорректным дурным тоном. Это выражение из арсенала парамедиков и колдунов. Завершающий фразеологический оборот “что соответствует коду F 20.0 Международной классификации болезней 10 класса Y” не используется, и за время своей судебно-психиатрической деятельности с 1974 года мне не встречался. Обычно пишут нозологический диагноз и в скобках код без упоминания МКБ, что является изли-

шеством, т.к. другой код в нашей практической деятельности просто не существует, тем более необычно упоминание “класса Y”.

Большое число таких нестандартностей в обычно повсеместно стандартных выражениях по написанию заключения свидетельствует об отсутствии в Белякова А. В. непосредственного практического опыта не только в судебной психиатрии, но и в амбулаторной клинической психиатрии. Судя по бланку его заключения и печати, место его работы “кабинет врача в юридической консультации”. Эта оторванность от клинической работы объясняет очевидные огрехи его заключения.

Безапелляционный тон в отношении диагноза противоречит предписанию МКБ-10 ставить такой диагноз только при сохранении типичной симптоматики не менее месяца, а окончательно — только спустя полгода клинических наблюдений после предварительного диагноза “хроническое бредовое расстройство”. И даже тогда определение “безусловно” не используется, т.к. оно в духе тех же прорицателей.

На второй вопрос — Могла ли А. Д. в юридически значимый период 24.05.2010 г. понимать значение своих действий и руководить ими? — Беляков А. В. отвечает что “не могла”, не сопровождая это никаким обоснованием кроме указания на последовавшую спустя неделю смерть и выставленный им диагноз шизофрении. Но диагноз шизофрении не влечет автоматически неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

Итак, заключение Белякова А. В. написано таким образом, что дискредитирует собственные выводы. Из него следует не только отсутствие профессиональных навыков в написании такого рода заключений, но и навыков клинической работы. Представившись клиентом прорицательницы, он не провел клинической беседы, лишив себя возможности удостовериться в наличии болезненной симптоматики и нарушив элементарные профессиональные требования. Выставленный им 10 лет назад диагноз грубо нарушает требования МКБ-10. Написанное им заключение лишено всякого обоснования, а использованная лексика обнаруживает отсутствие клинического опыта. Все это позволяет считать его заключение несостоятельным как в профессиональном плане, так и по существу ответов на заданные вопросы.

Известно, что А. Д., окончившая биологический факультет МГУ, кандидат биологических наук. Последние годы занималась астрологической и литературной деятельностью. При всей экзотичности астрологической литературы, ее популярность в нашем обществе очень широка, а деятельность такого рода востребована: газеты и журналы пестрят соответствующей рекламой и прогнозами. Составление инди-

видуальных гороскопов в последние несколько десятилетий позволяет безбедно существовать и в материальном плане эффективнее научной профессии с кандидатской степенью. Поэтому наивно рассматривать это увлечение А. Д. как оторванное от жизни. Но она была не из тех, для кого астрология была модой, преходящим увлечением либо простым средством заработка. Это видно по циклу ее статей на астрологические и тому подобные темы, в течение 18 лет регулярно печатавшихся в журнале “Дельфис”. Они касались культурологического и семиотического анализа рунических знаков и других символических знаковых систем, выделению их общих констант. А. Д. выступала в МГУ на известном междисциплинарном семинаре проф. В. П. Левича по проблемам Времени, на ежегодных научных конференциях “Россия и гнозис” во Всероссийской библиотеке иностранной литературы им. Рудомынина в 1998, 1999, 2001, 2003 и т.д. Заметим в скобках — как до, так и после “осмотра” врача Белякова А. В. Эти выступления публиковались. Одна из концептуальных работ была опубликована в журнале “Вестник Московского университета. Философия” (1990, 2, 3 – 14). А. Д. преподавала “Введение в астрологию” в Московском авиационно-технологическом институте им. Циолковского. В журнале “Дельфис” печатались также ее художественные произведения (рассказы в стиле фэнтези, стихи) и популярные статьи на эзотерические темы. В последние годы жизни она активно занималась ароматерапией.

Наличие рукописных вариантов ее работ в издательстве связано с тем, что все эти материалы были переданы туда для подготовки сборника ее избранных работ “Тайные знаки”. В него вошли 10 наиболее ярких публикаций из журнала “Дельфис” и выступлений на конференциях “Россия и гнозис”, фантастический рассказ, работа из “Вестника МГУ” и, наконец, воспоминания о ней. В этих воспоминаниях она предстает как увлеченный талантливый исследователь широкого диапазона и взглядов, задорная, темпераментная, оптимистичная, остроумная, с заразительным хохотом.

Итак, кроме специфического выбора проблематики — тропизма ко всему таинственному, символическому — и основных авторитетов — Тейяра де Шардена и Льва Гумилева — т.е. еретического для строгой науки, ничего девиантного в научной и художественной продукции А. Д. не содержится. Само посмертное издание сборника ее избранных работ является известным этому доказательством.

Таким образом, характер практической деятельности и литературной продукции А. Д. не свидетельствуют о наличии у нее психического расстройства.

Ю. С. Савенко

Не “ИЛИ — ИЛИ”, а “И — И” (Некоторые соображения, связанные с клиническим разбором, опубликованным в № НПЖ, 2012, 2)

Проф. Б. Н. Пивень (Барнаул)

Наши многолетние знакомства с регулярно публикуемыми в НПЖ клиническими разборами, а в части случаев и заочное участие в них, показывают, что их содержание в значительной степени отражает современное положение клинической психиатрии. В частности и названный разбор, хотя и посвящен конкретному пациенту, невольно затрагивает одну из наиболее актуальных проблем психиатрии — сочетанную (коморбидную) психическую патологию. Эта проблема насколько актуальна, настолько она и парадоксальна. О значимости проблемы говорят уже те обстоятельства, что данная патология привлекает все больший интерес исследователей, и ей посвящаются все больше публикаций. В то же время сочетанная психическая патология как бы вообще не существует, так как она не имеет официального признания. Она не включена в современные учебники и руководства по психиатрии, а в основном инструменте психиатрии — МКБ-10 она лишь упоминается и то, как малозначимая. Больше того, некоторые специалисты вообще ее не принимают во внимание либо даже отрицают правомерность ее выделения.

Наши суждения находят подтверждение уже в самом обозначении темы интересующего нас клинического разбора: “Шизофрения с дефектом или шизофреноподобная органика?” — обозначении, нацеливающим на констатацию у пациента только одного какого-либо заболевания, что исключает одновременное наличие другого, по принципу: “Или — Или”. Эта позиция звучит и в выступлении врача-докладчика Л. Р. Альковой: “С точки зрения нозологической принадлежности мы думаем о дифференциальном диагнозе между шизофренией параноидной и органическим галлюцинозом”. Аналогична и позиция М. Е. Бурно: “И конечно, в таких случаях сразу встает вопрос дифференциальной диагностики: шизофрения, органическое мозговое расстройство, алкоголизм, наркомания”.

Между тем у больного, как это можно видеть из приведенных в стенограмме разбора данных, обнаруживаются признаки трех сосуществующих, оказывающих взаимное влияние заболеваний: шизофрении, органического поражения головного мозга и

болезни зависимости. Правда, в оценках выступавших им уделяется далеко не равное внимание.

Так, именно шизофрения во всех ее клинических и динамических проявлениях оказывается фокусом обсуждения в процессе клинического разбора. Диагноз этого заболевания обосновывается рядом выступавших, и никем из участников разбора не опровергается.

Органическое заболевание головного мозга. На его оценке остановимся более детально, так как о его наличии у больного мнения участников разошлись, а сама органическая патология не была детально исследована.

Так, А. Г. Меркин в категоричной форме не соглашается с результатами исследования, полученными психологом, указывающими на органическую патологию: “... психолог может много чего сказать, но надо на него полностью ориентироваться. Он мог, кстати, со своей батареей тестов ошибиться”. Или: “Где тут в данном случае органика? ... Но в статусе ее нигде нет, она не фигурирует”. М. Е. Бурно: “...я не вижу ни органической грубоватости, ни органической истощаемости”.

Трудно судить, чем было вызвано столь категоричное отрицание А. Г. Меркиным органической патологии у больного, тем более сомнение в профессионализме психолога Н. И. Гостевой, но ее заключение о наличии у пациента признаков органического заболевания головного мозга, на наш взгляд, весьма обосновано. Кстати, в обсуждениях почему-то не нашли места и данные других дополнительных методов исследования, также указывающие на органическое мозговое поражение: КТ (*умеренная внутренняя гидроцефалия, киста затылочного синуса*) и заключение невролога (*энцефалопатия сложного генеза, психовегетативный синдром*).

В выступлениях некоторых врачей (Д. А. Пуляткин, А. А. Глухарева) в противоположность приведенным выше мнениям, исключающим органическую мозговую патологию у больного, напротив, она утверждается, правда лишь в констатирующей форме, без приведения каких-либо весомых аргументов. О наличии “выраженной органики” упоминает и ве-

душая клинический разбор А. С. Аведисова в одном из комментариев по ходу разбора.

Говоря об органическом заболевании головного мозга у больного, хочется остановиться на своеобразии проявлений у него астенической симптоматики. Ее наличие/отсутствие вызвало дискуссию участников разбора, высказывающих полярные на этот счет мнения. В частности врач-докладчик поясняет: "...в беседах он достаточно быстро утомлялся. То есть мы не могли длительное время вести беседу. Он очень готовился к конференции. Мы начинаем беседовать, а спустя 20 минут он просит, чтобы его отпустили, чтобы он лег. Он идет, ложится, полежит минут 20 — 30, повторно я его вызывала на беседу". Повышенную утомляемость у больного выявила и психолог Н. И. Гостева. Наряду с этим оценка ведущей разбор: "Он со мной проговорил более часа, я немножко утомилась, а он нет". Как было отмечено выше, М. Е. Бурно также не увидел у больного органической истощаемости.

Данная, казалось бы, неразрешимая позиция находит свое простое объяснение. Здесь мы имеем дело со своеобразным феноменом, отмеченным нами в клинической консультационной практике. Суть его заключается в том, что органические астении способны иметь отставленный характер. Нередко даже при длительных клинических разборах или какой-либо иной деятельности, в которой проявляется заинтересованность больных, истощаемость психических процессов у них не является столь заметной. Больные не производят впечатления уставших, в связи с чем может ставиться под сомнение наличие у них астенической симптоматики. А после такого рода собеседований или иных действий, требующих активности больных, астенические явления становятся очевидными.

Судя по стенограмме разбора, органическая патология у больного оказалась недостаточно исследованной. Так, в ее тексте не удалось найти анализа анамнеза с акцентом на установление возможно имевшихся у него экзогенных патогенных факторов (кроме алкоголя и наркотиков), способных вызывать органические поражения головного мозга. Мы не увидели также активного подробного расспроса больного на предмет выявления у него органических психопатологических знаков, которые, как правило, не звучат в жалобах пациентов такого рода, но обнаруживаются при целенаправленной беседе. Среди них — некоторые проявления психоорганического синдрома (например, метеотропность, плохая переносимость душных помещений, жары), эпизодические бессудорожные пароксизмы. Хотя эти знаки и не занимают заметного места в общей психопатологической картине, они в комплексе с другой симптоматикой имеют важное диагностическое значение.

Болезнь зависимости. Здесь ни у кого из участников разбора не вызывает сомнений многолетнее злоупотребление больным алкоголем и наркотиками. Вопрос лишь в том, сформировавшаяся ли это

наркотическая болезнь? С одной стороны, анамнестические сведения, изложенные врачом-докладчиком, вне сомнений указывают на сформировавшуюся и продолжающуюся много лет болезнь. С другой, как заметил М. Е. Бурно, у пациента нет свойственных болезням зависимости изменений: "При всем том, что анамнез алкогольный и наркоманический весьма мощный... нет алкогольной огрубленности, нет алкогольного благодушья".

Наш вывод о наличии у больного трех сосуществующих заболеваний с разной степенью аргументированности подтверждается, как было показано выше, и участниками клинического разбора. Больше того, в выступлениях некоторых из них просматривается основная тема нашей настоящей публикации — тема сочетанной (коморбидной) психической патологии.

Например, врач-докладчик, как уже отмечалось, хотя и старается разграничить шизофрению и органическое заболевание, тем не менее, приводит доводы в пользу одной и другого. А Ю. Л. Мартынюк: "...диагноз выставил бы следующим образом: шизофрения параноидная ... с нарастающим дефектом. ... И, соответственно, второй диагноз: полинаркомания". А. С. Аведисова, анализируя проявления бредовой симптоматики у больного, говорит: "...Вы обратите внимание, на каком фоне это все протекает. На фоне дефекта выраженного и еще многолетнего злоупотребления, и, как нам показали, выраженной органики".

В рассматриваемом случае нам важна не сама по себе констатация вероятности сосуществования у больных разных психических заболеваний, а тот факт, что в нем отражаются клинико-динамические особенности сочетанных форм, позволяющие более эффективно разбираться в состоянии пациентов.

В частности с учетом такой особенности сочетанной патологии, как полиморфизм ее психопатологической картины, можно объяснить своеобразие бредовой симптоматики у обсуждаемого больного. Именно ее полиморфизм, обусловленный переплетением эндогенных и органических проявлений, придавал атипичность бредовым расстройствам, не укладывающимся в классические рамки шизофренических и органических, что и явилось центральным звеном дискуссии: "шизофрения или органика?".

В рассматриваемом случае можно видеть еще одну особенность коморбидной патологии — взаимовлияние сосуществующих заболеваний как в сторону их смягчения (что реже), так и утяжеления.

Смягчение проявилось в течении у пациента болезни зависимости, атипичности ее динамики. При всей многолетней массивной алкоголизации и злоупотребления наркотиками у него, как заметил М. Е. Бурно, не развилось типичного для наркологических заболеваний исхода: "Но я думаю, что мы уже привыкли к тому, что если человек болен шизофренией, то сколько он не льет в себя алкоголя, сколько он

не мучает себя наркотиками, не получается алкогольных и наркоманических черт личности”.

Утяжеление общего болезненного состояния больного отмечено в заключении ведущей разбор А. С. Аведисовой: “Атипичным в статусе я считаю наличие вот такой застывшей симптоматики, очень быстро сформировавшейся... фактически за 2 года он превратился в инвалида II группы”.

Полагаем, что рассмотренный случай является лишним доказательством необходимости перехода психиатрии в диагностическом процессе от жесткого разграничения заболеваний по принципу “или — или” к признанию во многих случаях их сосуществования и взаимовлияния по принципу “и — и” с выделением их в самостоятельную группу патологии.

Правда, здесь можно встретить возражения, что это и так хорошо известно. Но, опять-таки, разбираемый случай говорит об обратном. Причем это не абстрактная теория, а повседневная врачебная практика — при признании наличия у больного в качестве сосуществующего заболевания органического поражения головного мозга, ни в одном из выступлений участников разбора не содержалось сведений о проведенной и необходимой при этой патологии терапии, равно как не прозвучали они и в рекомендациях по терапевтической тактике. Между тем вполне возможно, что неблагоприятная динамика болезненного состояния пациента могла быть обусловлена, в том числе и отсутствием необходимого в этом плане лечения.

О патопсихологической структуре маниакального состояния (К теме клинического разбора от 17.03.2011 г. “Гневливая мания или шизоаффективный психоз?”¹)

Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)

Клинические разборы, публикуемые в НПЖ, несомненно полезны как психиатрам, так и психологам, работающим в психиатрических клиниках. Такие разборы всегда содержат заключения психологических исследований по рассматриваемым случаям, а это одна из возможностей для клинических психологов пополнить свой профессиональный багаж знаний. При этом у читателей могут возникать встречные мнения или предложения по совершенствованию методических подходов к психологическим исследованиям, которые есть смысл обсудить с коллегами. Клинические разборы представляют для этого благодатную почву. Подчеркнем, что речь идет не о суждениях о правильности конкретных диагнозов — об этом нельзя говорить заочно, — а исключительно о методической стороне диагностических исследований на примерах рассматриваемых на разборах случаев.

Упомянутый клинический разбор интересен достаточно тонко проведенным ведущим дифференциальным диагнозом маниакального состояния у рассматривавшегося больного, хотя при обсуждении высказывались и иные диагностические версии, объясняющие поведение больного в исследуемой ситуации. Напомним, что речь шла о неадекватном поведении молодого человека в маршрутном такси, приставившего пистолет к голове водителя и требовавшего ехать быстрее, так как этот пассажир якобы

опаздывал на работу. Для психологов данный разбор интересен и тем, насколько экспериментально-психологическое исследование совпадало с задачами дифференциального диагноза и в каком направлении возможно совершенствование патопсихологических заключений в подобных случаях. Не будем скрывать, что иногда на психологические исследования смотрят как на некую формальность, и диагностика проводится без ссылок на ее психологическую часть. В теории же существует единство психологических и психопатологических составляющих психических явлений и учет этого обстоятельства позволяет лучше приблизиться к истине в распознавании таких состояний. Психиатры и сами нередко включают в опрос больного свое, так сказать, мини-психологическое исследование. Вот и в нашем случае ведущий задавал пациенту вопросы географического плана и просил пояснить одну из шуток М. Твена. Это подтверждает то обстоятельство, что психологические факторы принимаются во внимание, но вот в какой мере и что мы при этом получаем, а еще больше — что могли бы получить, — вопросы заслуживающие их изучения.

По итогам данного клинического разбора было установлено маниакальное состояние у рассматривавшегося больного. В пользу этого свидетельствовали и многие данные психологического обследования (психолог Н. И. Погорелая). В описательной части своего заключения психолог отметил и неустойчивость внимания, и снижение критичности, и фамильярность в

¹ 2011, 4.

контакте у данного больного, и неустойчивость эмоционального фона. Но в выводах заключения полученные сведения, на наш взгляд, следовало бы изложить более полно и целостно. Приведем итог психологического заключения по исследованию данного пациента: “Таким образом, при настоящем психологическом обследовании на первый план выступает неустойчивость внимания, незначительное ослабление отсроченного запоминания, неравномерность процесса обобщения у поверхностной личности с повышенным уровнем агрессивности и невысоким уровнем критичности”. Многое здесь верно, однако непонятно, почему “незначительное ослабление отсроченного запоминания” выдвинуто на первый план. Ведь оно незначимо по определению, и о нем можно было бы сказать дополнительно. На первый план в выводах такого рода принято выносить то, что образует нозоспецифический симптомокомплекс, если таковой удастся установить. А в рассматриваемом контексте интерес представляли бы особенности мыслительной деятельности пациента наряду с особенностями эмоций, темпа психических процессов и состоянием внимания. А о них сказано мало. “Неравномерность процесса обобщения” — определение, мало о чем говорящее. Любой человек обобщает то, что может обобщить, и не обобщает то, что ему недоступно. В чем здесь болезнь? А вот если обнаруживается специфическая аморфность суждений, или вызванная ускоренностью психического темпа резкая непоследовательность мышления вплоть до “скачки идей”, то это достаточно значимо для выводов такого рода исследований. Установление нозоспецифических симптомокомплексов значимо и для дифференциально-диагностических целей.

Наиболее часто назначаются экспериментально-психологические исследования для получения дополнительных данных с целью диагностики внешне схожих состояний. В рассматриваемом клиническом разборе также звучали версии шизоаффективного психоза, шизофрении и др. Действительно, если пойти простым перечислением наблюдаемых свойств и особенностей, то мы увидим много сходного при разных состояниях. Например, расстройства критичности, ускоренность психического темпа и непродуктивность деятельности могут быть при разных заболеваниях. Поэтому на современном уровне требований есть необходимость объединять полученные результаты в соответствии с принципами их системной целостности. А в построении экспериментального исследования желательно учесть и основные положения психологической теории деятельности.

Деятельностный подход реализуется в проведении патопсихологического исследования, поскольку мы моделируем такую деятельность в эксперименте и анализируем поведение субъекта в предложенных обстоятельствах. Для пациента мы предлагаем, по сути, некие проблемные ситуации, которые просим его раз-

решить. Для чистоты исследования мы должны соблюдать и необходимые требования к построению такой деятельности: внятно изложить инструкцию, обеспечить ориентировочный этап к заданию, убедиться, что пациент все правильно понял и даже включить наводящую помощь при необходимости. Это, надо сказать, делается не всегда. Поэтому возможно просто банальные ошибки деятельности обследуемого, которые надо минимизировать, чтобы не путать их с проявлениями болезни.

Системная целостность определяется особенностями взаимодействия составляющих исследуемое состояние факторов, а не их суммой. Только перечисление отмеченных результатов тестирования сегодня уже нельзя считать достаточным. Полученные данные важно еще систематизировать, выделить главные из них и второстепенные. Это требует опоры на соответствующие научные положения и методологические требования. Поэтому учитывать нужно только непреложные системные свойства в их четких проявлениях. Покажем это в общем виде на примере дифференциального анализа между признаками классического маниакального состояния и шизофрении.

И в том, и в другом случае мы увидим нарушения мышления вследствие расстройств критичности. Ответы в обоих случаях даются импульсивно, без их анализа, без выбора и какого-либо сомнения в их правильности. Пациентов не волнует возможность ошибки. Они обычно уверены в своей правоте. Их деятельность малопродуктивна, поскольку они и не заинтересованы в результатах. Но есть и разница. У больного шизофренией преобладают ответы паралогичного и разнопланового типа, а у пациента в маниакальном состоянии ответы просто поверхностные, неточные, можно сказать, ошибочные. По-разному больные реагируют на наводящую помощь. Маниакальный больной легко соглашается с подсказкой, исправляет ошибки, и мы видим, что способности к анализу и логике суждений у него есть, но эти способности не реализуются из-за невозможности толком сосредоточиться на задании. Когда же обследующий помогает пациенту в этом, результаты становятся намного успешнее. Иное дело у больного шизофренией. Здесь само качество мышления иное, и наводящая помощь малоэффективна. Пациент, конечно, может согласиться с психологом, но вряд ли извлечет урок надолго. То есть, мы имеем дело с качественно различными состояниями, что нельзя обнаружить, скажем, только суммируя баллы за те или иные ответы по различным опросникам. Необходимо еще анализ результатов деятельности пациента на соответствующем научно-методологическом уровне. А с помощью специально разработанного опросника мы можем увидеть степень выраженности исследуемого признака. Вообще говоря, клинический психолог должен быть хорошо информирован в теоретических вопросах общей психологии и патопсихологии, разбираться в психиатрии, а также владеть об-

щими положениями системного подхода. Последнее достаточно важно и в плане психокоррекции, и в построении реабилитационных программ для пациентов.

В плане дальнейшего развития клинической психодиагностики на современном этапе, можно говорить о необходимости разработки основ системного анализа результатов конкретных исследований. А так как мы имеем дело с подвижными и изменяющимися системными процессами, то и анализировать их возможно с использованием знаний о динамических системах. Например, для нормального функционирования динамической системы имеет значение так называемая обратная связь, когда результаты действий сопоставляются с целями, вносятся необходимые поправки и совершенствуются подходы. В поведении человека функцию обратной связи выполняет критическая способность. А когда критика нарушена, то никакой связной деятельности не получается. Деятельность приходит в расстройство полное или частичное — в зависимости от степени выраженности нарушений и от того, что нарушено в структурном плане.

Структура же нозоспецифического синдрома многоуровневна. Мы можем увидеть основные, составляющие ядро данного симптомокомплекса свойства и производные от них, что важно отметить по результатам общего исследования. Достаточно важным является соотношение мышления и эмоций в каждом конкретном случае. Эмоции влияют на мышление и наоборот. В маниакальном состоянии у человека затруднена четкая целенаправленность деятельности, страдает ее организация. И мы это тоже видим в эксперименте. Эмоции и темп деятельности буквально зашкаливают. Пациент непоседлив, напорист и легко отвлекаем. Бывает известная гневливость таких больных или эйфоричность. В эксперименте кроме главных свойств могут отмечаться свойства, которые надо отнести к производным от основных. Так, указанные в рассматриваемом заключении недостатки запоминания можно объяснить нарушениями организации произвольной деятельности, в том числе и произвольного запоминания. Непродуктивность деятельности проявилась и в этом.

Влияние эмоций на мышление столь значительно, что может привести к существенным нарушениям мыслительной деятельности. Мышление под влиянием сильных эмоций спрямляется, теряет гибкость, страдает критичность, нарушается объективность отражения реальности. Пациент может высказывать идеи нелепого содержания, которые, как это было в рассматриваемом случае, расценивались как психотические. Если дифференцировать такие состояния с шизофреническими расстройствами, то следует отме-

тить, что при шизофрении страдает заметно в первую очередь мышление, а эмоции чаще всего уплощаются и становятся недостаточно адекватными содержанию мышления. При невротическом уровне нарушений эмоции соответствуют мыслительной оценке ситуации вначале. Но возникнув, эмоции вторично влияют на мышление, делая его ригидным и недостаточно объективным. При этом может произойти своеобразная “зацикленность”, фиксированность на ситуации при ограниченном ее видении. Иногда у некоторых пациентов доходит до так называемого “тунельного” мышления, когда пациент не видит никаких конструктивных выходов из своей неблагоприятно оцениваемой ситуации, а все толкует в пессимистическом ракурсе. Такие состояния опасны в суицидальном плане и, заподозрив их, психолог должен принять меры к предупреждению драматического развития ситуации. Некоторые люди реагируют на психотравмы возбуждением, которое можно принять за маниакальное, но такие состояния связаны с вызвавшей их ситуацией и имеют тенденцию к обратимости по мере сглаживания остроты событий.

Болезнь откладывает отпечаток на человека, и мы это можем обнаружить как соответствующие изменения личности. Но вопрос состоит в том, насколько стойки эти изменения. Например, в рассматриваемом заключении психолог назвал больного “поверхностной личностью”. Может быть, все объясняется этим? Но поверхностность присуща человеку в маниакальном состоянии, а что будет потом — точно нельзя сказать в момент исследования. Что достоверно, так это то, что пациенту свойственны колебания аффекта, которые вызывают весь спектр прочих свойств, и это целесообразно отразить в заключении. Однако состояние может измениться на противоположное и появятся иные изменения личности. Рассматриваемое состояние, конечно, нелишне дифференцировать и с расстройствами личности, но для этого нужно изучать историю жизни пациента, устанавливать его основные свойства, а также компенсации и декомпенсации в различных жизненных ситуациях.

При благоприятном выходе из маниакального состояния и восстановлении нормального эмоционального фона у пациента постепенно восстанавливается критика и прежние мыслительные способности, что можно установить при исследовании пациента в динамике. Но в периоды обострений данные пациенты требуют к себе внимания во многих отношениях, в том числе и с точки зрения правильной диагностики, лечения и реабилитационных мер. В чем и убеждает нас указанный клинический разбор интересного и во многом показательного случая.

Неуместное направление усилий

Ответ Петру Морозову

на его рецензию “Загадка Зиновьева и “дураки” русской психиатрии”¹

Ответ А. Г. Гофмана

Рецензия поражает своей тенденциозностью и абсолютной уверенностью в справедливости высказываемых утверждений, большая часть из которых ни на чем не основана.

Главный вопрос — мог ли П. М. Зиновьев по заданию шефа, т.е. П. Б. Ганнушкина, написать первую часть известной монографии о психопатиях? Почему это отрицается? Оказывается потому, что по поводу психопатий Ганнушкин до издания монографии опубликовал статьи /некоторые в соавторстве с Сухановым/ на эту же тему. Странный довод. Речь ведь не идет о том, что Зиновьев опередил Ганнушкина в представлениях о психопатиях. Он прекрасно знал, что написал Ганнушкин и что Ганнушкин думает по этому поводу. По словам Зиновьева, ему была поручена работа по написанию статьи психопатий, что он и выполнил. Его вклад Ганнушкин оценил очень высоко, написав в предисловии к книге, что без помощи Петра Михайловича справиться с написанием монографии не удалось бы. Так не оценивают “легкую переработку”. Если сравнить стиль написания двух разделов книги — “Статики” и “Динамики”, разница бросается в глаза. В “Статике” — блестящее изложение клиники психопатий /в понимании Ганнушкина/, в “динамике” — очень много рассуждений, концептуальных положений. Это и понятно, так как в “динамике” содержится то новое, что внес Ганнушкин в учение о психопатиях. Вообще, предположение, что “возможно” Зиновьев участвовал в переработке книги — просто проявление недоброжелательного отношения к нему, резко контрастирующего с точкой зрения самого Ганнушкина.

Недоброжелательное отношение к Зиновьеву проявляется во всем. Оно оказывается плох тем, что был награжден орденами и медалями, что не развил представлений Ганнушкина о психопатиях. Так можно договориться до того, что Ганнушкин плох потому, что не развивал представлений Корсакова об амнестическом синдроме. Нельзя оценивать деятельность ученого по тому, чего он не сделал. Из многочисленных сотрудников Ганнушкина /учеников и сотрудников/ только О. В. Кербинову пришло в голову ограничить диагностику психопатий, введя критерий социальной декомпенсации. А представления об акцентуации характера вообще были разработаны в отечественной

психиатрии ленинградским психиатром А. Е. Личко, никогда не работавшим в корсаковской клинике. Из этого совсем не следует, что ученики Ганнушкина заслуживают упрека в том, что не занимались совершенствованием представлений своего учителя о психопатиях.

Почему П. М. Зиновьев не высказывал собственную точку зрения, мы теперь не узнаем, но это право каждого ученого — что публиковать, а что оставлять до лучших времен.

Никогда Зиновьев не отзывался пренебрежительно о ком-то или о творчестве кого-то. Он просто в беседе высказал свою точку зрения об учебнике М. О. Гуревича, сравнил его с руководством, написанным В. А. Гиляровским. Конечно, руководство Гиляровского намного лучше, достаточно прочитать оба учебника и станет ясно, что дело не в пренебрежении, а в объективной оценке творчества двух крупных отечественных психиатров.

Насколько этично говорить и писать о характерологических аномалиях и психозах у известных людей? Делать это, оказывается неэтично, если автор таких оценок — не П. В. Морозов. Морозову можно писать о том, что Кандинский покончил жизнь самоубийством, и что это же самое совершил Клерамбо. Сравнивая поведение Гиляровского и Ганнушкина, Зиновьев в заслугу Ганнушкину поставил его доброжелательное отношение к коллегам и очень отрицательно оценил ряд поступков Гиляровского. При этом и была сказана фраза о том, что и Ганнушкин тоже не очень здоровый человек. Для Зиновьева сам факт наличия каких-то психических отклонений не является оправданием совершения неблагоприятных поступков.

Это — позиция, заслуживающая уважения, а не осуждения.

Конечно, для П. В. Морозова просто непереносимо, что у Ганнушкина в описании Зиновьева были какие-то ритуалы. Однако, пересказ наблюдений В. М. Морозова это подтверждает. Были фобии и было ритуальное повторение перед лекциями “нецензурной” фразы. Конечно, Ганнушкин вслух эту фразу не произносил, но, видимо, что-то шептал. Это и было замечено наблюдательным Петром Михайловичем.

Сомнения в том, что Зиновьев был квалифицированным психиатром, ни на чем не основаны. Все, кто работал с ним, оценивали его как выдающегося клинициста. Видимо, с точки зрения П. В. Морозова, весьма этично недоброжелательно отзываться о человеке, которого он в глаза не видел и который не может ему ответить.

Передергивать факты — не очень сложно, но это все же заметно. Никого Зиновьев дураками не обзывал. Эта характеристика принадлежит Якобию. Все претен-

¹ Рецензия П. В. Морозова на “Воспоминания проф. А. Г. Гофмана об Учителе в интервью В. Г. Остроглазова”, НПЖ, 2011, 4, 67 – 73, опубликована на сайте: www.consilium-medicum.com; в Журнале им. П. Б. Ганнушкина, 2012, 3, 57 – 59; и в газете “Дневник психиатра”, № 2, 2012.

зии — к нему. Станным только выглядит замечание о том, что автор реплики, т.е. Якобий, осуждал Кащенко и Яковенко за то, что они приняли Советскую власть. Якобий не дожил до Советской власти.

Опровергнуть факты, приведенные в интервью, П. В. Морозов не в состоянии, но и признавать их ему не хочется. Тогда в ход идут предположения о том, чего “с легкой тревогой” ждет читатель. А читатель ждет совсем не выдумок богатого на воображение рецензента, а объективной оценки работ П. М. Зиновьева.

Что же получилось в результате публикации рецензии П. В. Морозова? Оказалось, что Ганнушкин матерно ругался, употреблял нецензурные выражения для оценки противоречивых высказываний и даже мог в глаза назвать дураком врача, неправильно сформулировавшего диагноз. Если к этому добавить, что он страдал фобиями и преодолевал их ритуалами, то вырисовывается очень неприглядная картина. Создать такой образ надо уметь. Ведь Ганнушкин для российских психиатров — выдающийся клиницист, создатель отечественной психиатрической школы, а не матерщинник с фобиями и ритуалами.

Видимо в стремлении любым способом опровергать факты надо знать меру и не оплевывать ни Ганнушкина, ни Зиновьева. Героический труд П. В. Морозова по изобличению клеветников и установлению истины поневоле заставляет вспомнить Салтыкова-Щедрина: “Взгляни на первую лужу — и в ней найдешь гада, который иройством своим прочих гадов превосходит и затемняет”.

Ответ главного редактора Ю. С. Савенко

В реплике главного редактора журнала “Психиатрия и психофармакотерапия” имени П. Б. Ганнушкина выражена издевка по поводу интервью проф. Александра Генриховича Гофмана о своем учителе Петре Михайловиче Зиновьеве, взятого доктором мед. наук Б. Г. Остроглазовым: вот, мол, председатель Этического комитета Независимой психиатрической ассоциации России озвучивает сведения, которые этичнее было бы похоронить.

Мы исходим из противоположного: информацию по большей части незачем и вредно скрывать, всякая цензура — это высокомерная оценочность. Речь идет о двух вещах:

Написал ли П. Б. Ганнушкин свою знаменитую монографию “Клиника психопатий” собственноручно или нет?

И стоит ли тиражировать крепкие словечки наших классиков и их причуды?

Мне лично, при высоком пиетете к П. Б. Ганнушкину, информация о том, что книгу написал его ближайший сотрудник П. М. Зиновьев, не показалась ни обидной, ни как-либо роняющей Ганнушкина.

Во-первых, это широко известное в среде старых психиатров сведение, которое я неоднократно слышал в начале 60-х годов, и которое сообщалось, как **колоритная, а не разоблачительная деталь.**

В самом деле, все многочисленные ученики благоговели перед Ганнушкиным не в силу его должностного положения. А то, что он сам не записывал своих лекций, своих консультаций и бесед, отнюдь не уникальная особенность.

Например, хорошо известно, что всемирно знаменитый 10-томный курс “Теоретическая физика” Л. Д. Ландау и Е. М. Лифшица, написан Е. М. Лифшицем. Акад. В. Л. Гинзбург вспоминал, кстати в юбилейной статье о Льве Давидовиче: “Все 5300 страниц курса написаны рукой Е. М. Лифшица, и его роль в формировании текста никогда не вызывала сомнений... Сам Л. Д. Ландау, физик исключительного калибра, один из корифеев теоретической физики, писать не мог или, во всяком случае, так не любил, что почти никогда не писал даже собственные статьи, не говоря о книгах. Р. Фейнман, кстати сказать, во многом напоминавший Л. Д. Ландау, сам своих многочисленных книг также не писал — все они, насколько знаю, представляют собой обработку его лекций или бесед. Напротив, Е. М. Лифшиц умел писать четко и выразительно”. (“Воспоминания о Л. Д. Ландау”, М., Наука, 1988, стр. 330.)

Противоположным, хотя, конечно, несоизмеримым примером может служить руководство по психиатрии Г. В. Морозова и Н. Г. Шумского.

Вот какова дистанция между прежней атмосферой в профессиональном сообществе, когда изложение идей Ганнушкина Зиновьевым было хорошо известно, но не вызывало никаких задних мыслей, и нынешним положением вещей.

Со времени позорных сессий 1948 и 1950 – 1951 гг., времени принудительного двоедушия, приписывания имени шефа стало естественной вассальной обязанностью или добровольным подношением научных сотрудников, а в последнее 10-летие вырос спрос на заказные диссертации. Но если прежде он осуществлялся на добросовестно собранном материале, то довольно быстро число обследованных стали утраивать, увеличивать даже на порядок, а результаты подгонять под идею работы. Уровень плагиата, подлогов и фальсификаций с 80-х годов стремительно растет во всем мире (см. НПЖ, 2010, IV, стр. 27 – 30). Оценка деятельности научных сотрудников по числу публикаций, по индексу цитирования быстро плодит приемы квазиудовлетворения этих требований. В результате мастерство удовлетворения формальных требований к научным статьям и заявкам на гранты давно настолько возобладаало над собственно профессиональными критериями, что сделалось мишенью громких удачных мистификаций.

Только наш журнал дал отпор целой главе в учебнике “Социальная медицина”, вышедшего двумя изданиями, общим тиражом 60 тыс. экз., где Ганнушкин действительно грубо и безграмотно очерняется самовлюбленным автором, ищущим как бы прославиться какой-нибудь сенсацией, неким Е. В. Чернозитовым. Ему невдомек, что Петр Борисович спасал многих в эпоху революционного террора — и Марию

Спиридонову, и Сергея Есенина, и доктора И. Б. Голанта, и многих других, и что это была принципиальная позиция, выраженная в предисловии к первому советскому учебнику по “Судебной психиатрии” Н. П. Бруханского (1928): пациенты с выраженными “психопатиями” и “реактивными” психозами должны признаваться неменяемыми. Как я ни тормозил всех наших генералов от психиатрии, никто не откликнулся. Впрочем, тогда не было журнала имени П. Б. Ганнушкина.

Реплика главного редактора этого журнала производит впечатление искусственного возмущения: слишком много он сам знает, слишком переполнен своей эрудицией, чтобы не выплеснуть ее по случившемуся поводу, и сам не может удержаться, чтобы не донести до потомков не одно крепкое словцо Петра Борисовича, совершенно в том же самом стиле, который обличает. Да, с некоторых пор распространилась манера (когда превосходишь профессорский уровень), “не носить галстук”, позволять себе нарочито грубоватую манеру изъясняться и т.п.

О Ганнушкине и мне рассказывал один из моих учителей проф. И. А. Мизрухин, что когда он докладывал больного Петру Борисовичу и, робея, поставил трёхэтажный диагноз, Ганнушкин посмотрел на него с сожалением и сказал: “Просто дурак”.

Все эти апокрифы будут циркулировать независимо от наших усилий, и следует не бороться с ними, тем более не делать эпицентром споров, а — как с инфекцией — пестовать в себе толерантность, понимая их чрезвычайную многозначность.

Что касается причуд психиатров, то тем более нелепо бороться с вошедшим в пословицу образом психиатра (“того же поля ягода”), ведь тогда расписываешься в неосознанной стигматизации самого факта наличия психических расстройств. Несомненным преимуществом является причастность этому миру, что позволяет полноценно понять своих пациентов и продемонстрировать собственным примером возможность сверхкомпенсации. И нет лучшего примера, чем наши самые выдающиеся: В. Х. Кандинский, В. М. Бехтерев, да и С. С. Корсаков. И только такая позиция свидетельствует о преодолении стигматизации. А питерские коллеги обиделись, когда наш журнал процитировал анекдот о Бехтереве из дневников К. И. Чуковского², между тем сами опубликовали подробности психотического эпизода у него в молодости. (А наш журнал осуществил первую републикацию автобиографии В. М. Бехтерева.)

Стоит ли тиражировать эти колкости? Журнал “Психиатрия и психофармакотерапия” выпускается тиражом 15 тыс. экз. и рассылается бесплатно. У Независимого психиатрического журнала тираж в 30 раз

меньше (500 экз.), а стоимость по подписке более 500 руб. за один выпуск. Его читают энтузиасты психиатрии. Получается, что тиражирует все эти сведения, считая их неэтичными, сам П. В. Морозов: получается и “клубничка”, и “шпиля”.

Даже в заголовке тиражируется малоизвестная до этого едкая реплика, гораздо на такие определения П. И. Якобия, о “двух дураках” — выдающихся организаторах психиатрической службы.

Чего стоят после этого полной язвительности выпады в адрес П. М. Зиновьева? Я думаю, что этот стиль говорит сам за себя, своим контрастом с текстом А. Г. Гофмана, который дышит честным восприятием событий.

Не удержусь, в свою очередь, от сочной детали в ответ на эскапады в адрес проф. А. Г. Гофмана. Я восхищен трактовкой П. В. Морозова грубости Якобия в адрес П. П. Кащенко и В. И. Яковенко: “Видимо, автор реплики осуждал обоих психиатров за то, что они, безумцы, приняли советскую власть”. Вот только Якобий умер в 1913 г. до прихода советской власти. Но я и возмущен постановкой отвратительного эпизода, когда взбунтовавшиеся санитары Харьковской психиатрической больницы избили и вывезли на тачке из больницы ее главного врача — выдающегося психиатра, идеи которого опередили наше время, героическую личность, Павла Ивановича Якобия, в сомнительный контекст: мол “вот тебе!”

ВЫСТУПЛЕНИЕ П. М. ЗИНОВЬЕВА на юбилейной конференции больницы им. Кащенко 8 января 1959 г.

Мои воспоминания о Кащенко в сущности очень незначительны. Лично с ним я встречался всего два и наши встречи ограничивались очень незначительными, формальными фразами. Поэтому я позволю себе ограничиться только рассказом об одном эпизоде, связанном с его выдвижением на должность заведующего психиатрической секцией тогда совета врачебных коллегий.

В годы империалистической войны я был на фронте. С 1912 по 1914 гг. я работал в больнице Кащенко, тогда Алексеевской психиатрической больнице. Вернулся с фронта примерно в апреле 1918 г. То было своеобразное время, которое более молодые товарищи вряд ли себе представляют. В Октябре 1917 г. произошла Октябрьская революция. Отношение к ней все-таки не во всех слоях советской интеллигенции установилось сразу и в частности врачебное сословие московское долгое время занимало своеобразную позицию, если можно так выразиться, полунейтралитета. К стыду должен сказать, что примерно такую же позицию занимал и коллектив Московской психиатрической больницы на Канатчиковой даче. С моего приезда некоторое время коллектив больницы оставался примерно таким, как его обрисовал Александр Лаврентьевич. После войны, еще до меня, собрались почти все бывшие здесь до войны корифеи нашей

² Бехтерев, как известно, умел, почти как Юлий Цезарь, одновременно слушать, читать, писать и говорить. Рассказывают, что, прикладывая стетоскоп к груди больного, он как-то произнес: “академик Бехтерев слушает”.

науки. И после моего возвращения я все время присутствовал при разговорах: в какое неудобное положение мы попали! Как из него выйти? Кроме тех товарищей, которых упоминал Александр Лаврентьевич, здесь все время в качестве экстерна работал еще Л. М. Розенштейн, близко знакомый с З. П. Соловьевым, тогда членом совета врачебных коллегий. Через него начались негласные переговоры относительно того, что психиатры должны заявить о своей позиции присоединения к идеям советской власти. С апреля до июня продолжались эти переговоры в Москве. Я присутствовал при разговорах и дискуссиях по этому поводу. Центром компании, которая выступала за активные действия в присоединении к идеям Октябрьского переворота, был П. Б. Ганнушкин и он первый назвал как несомненную кандидатуру на пост человека, которому можно было бы поручить психиатрическое дело, П. П. Кащенко. В июне 1918 г. Правление тогдашнего союза психиатров и невропатологов на заседании Пленума, куда пригласили всех московских психиатров, на этом собрании было принято постановление: обратиться к Правительству через совет врачебных коллегий с предложением активного содействия психиатров и невропатологов Москвы в работе на поприще реорганизации советского здравоохранения в области психиатрии. Не помню, было ли названо на этом заседании имя Кащенко, но считалось совершенно несомненно, что он один может возглавить эту организацию.

Кроме этого эпизода, я позволю себе кратко упомянуть еще о том, что Кащенко, занимавший пост председателя психиатрической комиссии при совете врачебных коллегий, а позднее, когда был организован Наркомздрав, он стал заведующим психиатрической секцией, — он своими сотрудниками предложил назначить Прозорова и Захарова, которые после его смерти довольно длительное время возглавляли эту секцию.

Первым мероприятием, которое Кащенко осуществил, было ознакомление с фактическим положением вещей в психиатрических больницах Российской Федерации. Товарищи должны вспомнить, что в то время, летом 1918 г., Российская Федеративная Советская республика имела очень маленькую территорию: на юге кончалась пределами Курской губернии, на Восток была немножко дальше Волги, а на запад примерно территория простиралась до западных пределов Смоленской области, на севере — Архангельская область была занята тогда английскими интервентами. Связь между Москвой и сохранившимися в ее пределах областями была нарушена, сведения из республики поступали очень слабо. И Кащенко решил разослать по сохранившимся областям “летучих инспекторов”. К числу таких принадлежал, между прочим, я. Кроме меня были Громбах, Родионов, еще 2 – 3 человека. На мою долю достались Курская, Орловская, Витебская и Смоленская больницы. В мою задачу не входит рассказ об этих поездках. Но по возвращении я должен был доложить о результатах на за-

седании психиатрической комиссии, председателем которой был Кащенко. Там я с ним единственный раз встретился. Наши отношения надо себе представить. Это был шестидесятилетний, очень почтенный уже, пользовавшийся большим авторитетом и всеобщим уважением человек, а я был рядовой врач-психиатр. На этом заседании меня поразило глубоко товарищеское обращение Петра Петровича с молодыми товарищами. Он очень внимательно слушал наши доклады, делал очень ценные, очень дельные замечания и произвел на всех нас, присутствовавших на этом заседании, очень очаровывающее впечатление.

Два-три слова еще вот о чем. Его внешность, кто его видел, — была очень импозантна: высокий человек, широкоплечий, красивый, с хорошо поставленным голосом. Он обладает своеобразной, если можно так выразиться, торжественностью в своих выступлениях. Это дало повод одному очень умному и в то же время очень злому психиатру (Якоби) сказать относительно его и Яковенко, что в советской психиатрии есть *deux foux* (слово “fou” по-французски — сумасшедший, помешанный, дурак) — *fou simple et fou solonel* (т.е. простой и торжественный). Он был обаятелен и к нему всегда проявлялось уважение сотрудников и товарищей. Я помню, что и в психиатрической больнице в Ленинграде, и здесь в Москве, он всегда был окружен группой чрезвычайно преданных ему сотрудников и товарищей и эта преданность ему сохранялась у них в течение длительного времени. В 1908 г., когда Кащенко уже несколько лет не был директором Нижегородской психиатрической больницы, мне пришлось быть в Нижнем Новгороде и там видеть, что до сих пор здесь врачи больницы сохранили о нем чрезвычайно нежные и почтительные воспоминания.

Больше об этом мне сказать нечего.

От редактора. Мы благодарим д-ра В. Г. Остроглазова за предоставленный текст выступления П. М. Зиновьева.

Прежде всего — и это главное — хорошо видно, что озвученное высказывание П. Якобия о “двух дураках” в общем контексте юбилейного выступления Зиновьева не содержит оснований для какого-либо возмущения, которого тогда и не было, а спустя столетия вдруг возникло у П. В. Морозова. Более того, Зиновьев произнес это по-французски, и сам П. В. корректно это перевел. Т.е. не буквально “два дурака”, а два “психа”, а в просторечии и два психиатра. Но нуцего эффекта ради не удержался и от вульгарной версии перевода, помещенной в заголовок.

Наконец, мое восхищение версией понимания этого выражения Якобия, которое свидетельствовало о реалистическом отношении к советской власти, следует переадресовать с Петра Викторовича на Петра Михайловича Зиновьева, это его ошибка.

Таким образом, возмущение П. В. Морозова, под которое он даже очень выигривно перевернул название своего журнала, не имело никаких оснований.

О психиатрической синдромологии, зоопсихотерапии и др. темах Вестника НПА 2012, 2 (письмо в редакцию)

Уважаемый Юрий Сергеевич! Считая этот выпуск одним из самых удачных, хотел бы поделиться впечатлениями с читателями. Его содержание касается классического наследия психиатрической синдромологии (из 9 тома руководства под ред. О. Бумке), и её современных проблем, правовых и судебных вопросов российской и американской психиатрии, разборов 2-х клинических наблюдений (А. Г. Гофман, А. Г. Манасевич и А. С. Аведисова, Л. Р. Алькова) и др.

Остановлюсь сначала на 2-х работах, в которых анализируются насущные для нашего времени проблемы психиатрической синдромологии, имеющие первостепенное значение для решения как научных, теоретических, так практических задач: диагностики, терапии и классификации психических заболеваний и глоссария синдромов. Ведь психопатологический синдром — это клинко-диагностическая единица первого порядка (А. В. Снежневский).

Начну с редкого наблюдения проф. А. Г. Гофманом и А. Г. Манасевич “Алкогольного психоза у больного, не страдающего зависимостью от алкоголя” с клинко-диагностическим разбором. Возможно ввиду краткости изложения в нём уделено недостаточно внимания дифференциально-диагностическому отграничению от вторичных, симптоматических видов алкогольной зависимости? Предлагаю обсудить главную проблему сообщения. Оно возвращает нас к факту — забытой, но весьма актуальной проблеме экзогенных, алкогольных психозов у бытовых пьяниц, не страдающих клинически выраженной зависимостью (алкоголизмом, по-старому).

Эта проблема имеет не только теоретическое, но и важное практическое, диагностическое и социальное значение. Ведь в жизни такие больные с острыми алкогольными психозами (галлюцинозом или делирием) после запоев в связи с тяжестью состояния доставляются в реанимационные отделения соматических больниц (к примеру, в московском здравоохранении они доставляются специализированными бригадами СМП в отделения реанимации и интенсивной терапии). А консультант-психиатр, обычно правильно распознавая экзогенный алкогольный психоз, нередко лишь на этом основании, т.е. без учёта клинического анамнеза болезни, дедуктивно выставляет диагноз алкоголизма 2-й, а то и 3-ей стадии, в том числе, и в тех случаях, когда алкогольной зависимости нет. И этот клеймящий диагноз с “выпиской из истории болезни”, высланный в психиатрический или наркологический диспансер, влечет за собой специальный

учет и серьезные семейные и социально-трудовые последствия с ограничением в гражданских правах.

В моей, еще советской, практике был аналогичный случай, когда ответственному работнику союзного министерства при выписке из реанимационного отделения ЦРБ г. Пушкино выдали лист нетрудоспособности с диагнозом “хр. алкоголизма и белой горячки”, и пациент не знал, куда с ним деваться. Мне пришлось потратить немало времени и сил для разубеждения врачей, коррекции диагностической ятрогении и проведения социально-трудовой реадaptации и реабилитации пострадавшего. Так же, не забывая и собственный случай ошибочной диагностики алкогольного делирия у бытового пьяницы в 1969 году.

Поэтому нужно всегда помнить, что делирий — типичный экзогенный синдром и как экзогенный тип реакции, по К. Бонгефферу, неспецифичен. Делириев много, ими страдают почти все высшие животные, например, домашние собаки, и алкогольный делирий человека — лишь один из них. Во-вторых, как доказали авторы, острый алкогольный психоз может развиваться у пациента без алкогольной зависимости. Наконец, и у больных настоящим алкоголизмом может развиваться делирий, патогенетически связанный с неалкогольными экзогенными факторами. И в жизни таких больных в состоянии устойчивой ремиссии или интермиссии случаются делирии сложного генеза, спровоцированные соматическим заболеванием, например, острой пневмонией.

И все же, важнее всего в этой публикации научная постановка проблемы для обоснования нового направления комплексных исследований на стыке алкогольной токсикологии и клинической наркологии, включающего целый ряд тем в нерешаемой государственной проблеме пьянства и алкоголизма. Ведь, если, как заключают авторы, “главным этиологическим фактором возникновения острых алкогольных психозов является тяжелый абстинентный синдром”, и эти психозы рассматриваются как “психоз отнятия”, то, помимо практического вопроса о лечении или облегчении этого “отнятия”, возникает ряд теоретических вопросов, и в первую очередь, об основном патокинетическом звене подобных психозов и подходах к их профилактике. Как, и при каких условиях у некоторых пьяниц при обрыве запоя возникает, или, напротив, не возникает “абстинентный синдром”, без которого не может развиваться “психоз отнятия”? В этой связи вспоминается парадоксальная концепция доктора мед. наук Всеволода Глебова (нашего общего сотрудника по МНИИ Психиатрии МЗ РСФСР), по которой причиной возникновения не только алкогольных

психозов, но и самого алкоголизма как болезни является не употребление алкоголя, а его отнятие, то есть этот самый абстинентный синдром.

Сходным образом и авторы данной статьи, выставляя диагноз острого “алкогольного психоза” у не страдающего алкогольной зависимостью пациента, полагают его “причиной” не собственно интоксикацию алкоголем, а возникший после ее обрыва абстинентный синдром. В связи с этим, так же, возникают два вопроса. Первый из них касается терминологии: согласятся ли авторы, что речь в приведенном наблюдении идет не об алкогольном, а о метаалкогольном психозе? И, во-вторых, не является ли констатация авторами “тяжелого абстинентного синдрома”, породившего острый галлюциноз как типичный “психоз отнятия”, противоречащей категоричности их заключения об отсутствии зависимости от алкоголя? Это кажется противоречием в определении: разве “тяжелый синдром лишения”, (породивший “психоз отнятия”, и без которого этот психоз не возник бы) не свидетельствует сам по себе о наличии т.н. физической зависимости от алкоголя, пусть кратковременной и, возможно, возникшей впервые в жизни, а не протрагированной или закономерной как признак 2-й стадии алкоголизма, но все-таки острой патологической зависимости и зависимости именно от алкоголя? Вот хороший повод вернуться к клиническому описанию проявлений абстиненции и понятию алкогольного абстинентного синдрома, введенного С. Г. Жислиным в 1931 году, и к выводам близкой по теме диссертации Фридриха Подольного (руков. — проф. А. Г. Гофман). Но, имея в виду, что жислинский абстинентный синдром был неотъемлемым звеном клиники “хронического алкоголизма”, — провести сравнительные исследования с аналогичным абстинентным синдромом вне алкогольной зависимости. Целесообразно развить эти исследования как раскрывающие патокинез алкогольной болезни, алкогольных и метаалкогольных психозов, возникающих как при алкогольной зависимости, так и вне ее.

Теперь, в том же русле психиатрической синдромологии переходим к отрывку классической работы В. Майер-Гросса (из 9 т. Руководства О. Бумке) Хотя ей исполнилось 90, она выглядит завидно молодой и актуальной: “Типические синдромы развитого заболевания” (шизофрении). Тем не менее, и эту публикацию, словно старую деву, надлежало обеспечить поводом, который разъяснял бы юному поколению психиатров, во-первых, её историческое и, во-вторых, актуальное значение, то есть отношение к современным научным представлениям о типических синдромах психотической шизофрении. Кстати, редакция НПА уже публиковала моё письмо о целесообразности сопровождающих комментариев. По случайному совпадению оно так же касалось ранних работ В. Майер-Гросса, содержащих, на мой взгляд, ряд недоразумений, требующих разбора.

Итак, к типическим шизофреническим синдромам в стадии развитого заболевания В. Майер-Гросс относил три “синдрома” — 1) гебефренный, 2) кататонический и 3) параноидные и парафренические картины. Но, если ознакомиться с их описаниями, то становится ясно, что они соответствуют не столько определению психопатологического синдрома, сколько существенно более общим представлениям о клинико-синдроматических картинах заболевания. А сами эти картины выведены из крепелиновских форм раннего слабоумия: простой и гебефренной, кататонической и параноидной деменций.

С другой стороны, неслучайно Майер-Гросс не включил онейроид в ряд типических синдромов развитой шизофрении. И хотя авторство понятия клинической картины онейроида принадлежит В. Майер-Гроссу, но в её психопатологической сущности он разобрался недостаточно глубоко. В своих описаниях он рассматривал онейроидные синдромы как вторичные проявления первичных состояний помрачения сознания, при которых будто бы естественным следствием являются диссоциативные и шизофренические синдромы, не имеющие ничего общего с шизофренией. А возникновение онейроидного симптомокомплекса при шизофрениях и МДП трактовал как проявление атипического течения этих эндогенных заболеваний. Сама по себе эта мысль об отнесении онейроидных состояний к экзогениям исторически понятна, поскольку в то время “помрачение сознания” рассматривалось большинством психиатров как основной стержень т.н. облигатных экзогенных синдромов, по Бонгефферу. Между тем, отдельные советские и французские психиатры уже тогда указывали, что помрачение сознания не является гетерономным шизофрении, но, напротив, встречается при ней (включая исходные состояния) не так уж редко.

Таким образом, хотя разбираемая концепция является понятным недоразумением как в учении об экзогенных психозах и реакциях экзогенного типа (Бонгеффер и др), так и в учении о клинически типичных синдромах шизофрений, все-таки следует учитывать, что это была пора увлечения западной психиатрии экзогенной этиологией (которым был захвачен и ответственный редактор Руководства Освальд Бумке, причислявший шизофрению к типу экзогенных реакций). Но еще плачевнее обстояло дело в советской психиатрии, где, например, лидирующее направление проф. И. Г. Равкина представляло собой выход за естественнонаучные границы психиатрии и общей патологии человека. Но теперь-то эти времена далеко позади.

И, наконец, мне хотелось особенно отметить неожиданную по своему психиатрическому гуманизму статью С. Д. Левиной из Рос. Мед. Ун-та им. Пирогова: “Зоотерапия — перспективное направление психотерапии расстройств шизофренического спектра”. Удивительное новизной содержание включает очерк истории этого направления с античности до наших

дней, растущую популярность его в западной медицине (и даже, официальное включение лечебных собак в штатное расписание медперсонала ряда госпиталей США), развитие лечебной кинологии и соответствующих исследований в РФ. Круг показаний зоопсихотерапии в комплексе лечебно-реабилитационной мероприятий включает почти все нервно-психические и психосоматические расстройства взрослых и детей. Изложение собственного 12-летнего опыта совместной с таксами психотерапевтической работы с больными шизофренического спектра (на базе 18-го и др. отд. ПКБ № 1 им. Алексеева) пронизано любовью ко всем проявлениям жизни и сердечным психиатрическим призванием. Удивляли, так же, тонкая эмпатия и настроенность на вчувствование в переживания пациентов и собак-котерапевтов в процессе слаженной трех-сторонней психотерапевтической работы. Эти качества позволили подвести предварительные итоги 12-летней работы и наметить перспективы. К сожалению, неизвестна специальность исследователя. Но в связи с новизной работы мои пожелания касались бы, прежде всего, разработки методических подходов и инструментов исследования для стандартизации и сбора материала, а, в частности, всё более широкого включения дневников и самоописаний пациентов в динамику зоопсихотерапии расстройств шизофренического спектра.

Главное же из оставшихся впечатлений — это сердечное отношение к душевнобольным, исчезающая редкость милосердия словно “факультета ненужных вещей” для “стандартов оказания психиатрических услуг” в нашу рыночную эпоху. Может быть, поэтому меня разочаровала скептическая, критическая реакция нескольких опрошенных мною коллег, которые находили это направление смешным, наивным или “ненаучным”. А ведь именно психиатрам, работающим с больными шизофренией, надлежит знать, в какую глубину отверженности и одиночества погружают их пациентов несравнимые ни с чем душевные и духовные муки одиночества — не только среди людей, включая самых близких и родных, но и одиночества с самим собой вплоть до раскола и полной потери личности и “Я”, которое завершается самоубийством. И в борьбе с этим одиночеством помимо физио- и химиотерапии огромную, порой спасительную роль играет социо- и психотерапия в самом широком смысле этих понятий. Кто-то из учителей заметил, мы не влияем на “процесс”, но изменяем судьбу. Пример — спасение от суицида.

И еще. Кто из нас может представить психическое потрясение заболевшего психозом пациента при первичном (недобровольном) заключении в психиатрическую больницу с лишением свободы распоряжаться собой и своим телом и, нередко, с физическим привязыванием? Опыт испытавших эти удары судьбы В. Х. Кандинского или В. М. Бехтерева? Но тогда люди были непредставимо добрее, чем в наших тепе-

решных “казенных” или “бюджетных” государственных учреждениях здравоохранения. (ГБУЗ или ГКУЗ ПБ). Поэтому первым гуманистическим движением в психиатрии стало направление no-restraint Конноли — Кьяруджи — Пинеля. А недостижимым идеалом — лечение пациента в жизненной среде, максимально приближенной к той, с которой он сорвался и упал в палату “дома умалишенных”. Воплощением такого идеала была, например, частная лечебница доктора Усольцева на краю Петровского парка (существовавшая с 1902 по 1931 год; теперь на её месте — ЦМОКПБ № 1), где пациенты (в т.ч. Врубель) лечились и проживали в доме доктора как члены этой семьи: вместе обедали, общались, ухаживали за домашними животными и привязывались к ним.

В непредставимых пропастях шизофренического сиротства и одиночества (о которых обществу никто не поведаст, разве Кафка?), для хронически больного психиатрических больниц (и колоний) порой во всем мире не остается живого существа, кроме больничной кошки или собачки, с которыми он может общаться, звать по имени и быть узнаваемым, испытывать взаимную индивидуальную привязанность и ласку, о ком может позаботиться, приласкать или покормить; ощущать собственную нужность для кого-то и жизненную ответственность. Лишь самое отдаленное представление об этих переживаниях отчаянного одиночества может составить жизнь одиноких, бобылей или БОМ-Жей. Они всегда спасаются тем, что заводят домашних друзей — кошек, собак и др. домашних животных. Кстати, эта тенденция алиенации (отчуждения) и одиночества растёт во всем западном мире и компенсируется адаптационными реакциями обзаведения домашними животными, которые превращаются в настоящих членов семьи. Очевидно, что это входит в общечеловеческие права и свободы граждан. Стало быть, лишая пациентов, страдающих шизофренией, возможности общения с домашними животными, не задумываясь, мы нарушаем их гражданские права, лишая иногда последнего, что осталось им от жизни в этом мире. Думаю, что эта проблема имеет не только психотерапевтическое, но и правовое измерение для защитников “прав граждан при оказании им психиатрической помощи”. Однако, если кто подумает, что я вхожу в сообщество психотерапевтов и потому защищаю психотерапевтическую статью, то ошибётся.

Я слишком далек от психиатров, склонных надевать психотерапию “патогенетическим” или исцеляющим значением. Разделяю предупреждение П. Б. Ганнушкина об опасности превращения психотерапии “в ремесло” и, тем более, в номенклатурную врачебную специальность Минздрава. И хорошо помню слова акад. А. В. Снежневского о переживании “ужасной” растерянности, если б он вдруг оказался в положении “психотерапевта”, вынужденного “лечить словом” все психические заболевания, совершенно не представляя, что это такое. И поэтому ценю мнение наших

учителей, что психотерапию обязательно должен проводить психиатр как лечащий врач конкретного пациента. Лучше его это никто сделать не может, ибо никто не знает и не может знать так глубоко личностное содержание душевных и духовных страданий пациента. Кроме того, в контакте “лечащий врач-психиатр и душевнобольной” и в лечебно-восстановительном процессе в целом никто не может пытаться конкурировать с психиатром по глубине межличностного контакта и его авторитета и как личности, и как врача для конкретного пациента. Да, психическое заболевание — это заболевание большого мозга. Болеют мозги, но страдают при этом живые и неповторимые в человеческой истории личности. Совсем недавно советские люди не верили, что, помимо рефлексов, существует душа. Теперь верят, но многие граждане с высшими образованиями и степенями по-прежнему плохо понимают существование духовного и религиозного измерений в антропологии. Да и вообще плохо понимают, что такое “психика”, что она существует,

живёт и не только у нас, но и у братьев наших меньших, что существует зоопсихология и, стало быть, зоопсихопатология.

Кстати, из последних сообщений СМИ и интернета. “Умер антидепрессивный осёл” — заголовок международных газет об ослике, участвовавшем в психотерапевтической реабилитации американских солдат, страдающих “иракским синдромом”. “В Казахстане собака алабай спасла от суицида улегшегося на рельсы хозяина ценою своей жизни”, когда зубами стаскивала его с рельс — ключевые сообщения интернета 8–9 сентября 2012.

В отношении своей статьи “Еще раз о концепции акад. А. Б. Смулевича...” — не мне судить, но с интересом прочёл бы любой отклик. Ведь сообщение в научном психиатрическом журнале, как и человеческая речь, имеет только коммуникативный смысл.

*Доктор медицинских наук
В. Г. Остроглазов*

От редактора. Мы благодарны д-ру В. Г. Остроглазову за содержательный и сочувственный отпуск на предыдущий выпуск нашего журнала. На упрек в отсутствии комментариев к тезисному отрывку из В. Майер-Гросса Виктор Гаврилович ответил сам, признав, как свежо это читается сегодня, и самим своим откликом, так как одной из наших целей являются всевозможные способы побуждения к дискуссии по актуальным вопросам.

Но писать, что “хотя авторство понятия клинической картины онейроида принадлежит В. Майер-Гроссу, но в ее психопатологической сущности он разобрался недостаточно глубоко”, у нас не повернулась бы рука. Вменить первопрородицу спустя почти столетие интенсивных разработок “недостаточную” углубленность, довольно странно, так же как квалифицировать его позицию как “историческое недоразумение”. Вряд ли это можно назвать историческим подходом.

Но главным, конечно, является энтузиазм, с которым В. Г. отнесся к затронутой проблематике, ее живое по-настоящему творческое неравнодушное обсуждение, обилие новых интересных идей и предложений. Хотелось бы, чтобы этот пример стал заразительным.

РЕКОМЕНДУЕМ:

В. Зинченко, Б. Пружинин, Т. Щедрина

**ИСТОКИ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:
философско-гуманитарный контекст**

М., РОССПЭН, 2010, 416 стр.

Что нового предлагает новый министр здравоохранения медицинскому сообществу?

На недавнем брифинге нового министра здравоохранения В. И. Скворцовой¹ [Доктор. Ру. Неврология и психиатрия. № 5, 2012, стр. 50] прозвучал тезис, который откровенно показывает, что курс ведомства в отношении научных медицинских обществ ничем не будет отличаться от прежнего. *“Медицинское сообщество должно самоорганизоваться и получить определенные полномочия — пока под контролем ведомства, но если оно будет эффективно справляться с ними, полномочия должны шаг за шагом расширяться, чтобы сами медики внутри себя решали многие кадровые вопросы, прежде всего связанные с качеством подготовки”*.

Медицинское сообщество дореволюционных времен в лице земской медицины продемонстрировало свою высокую эффективность, но за последние 95 лет было дискриминировано узурпацией министерством здравоохранения принадлежащих врачам функций.

Сейчас нам говорят, что мы этим функциям должны учиться и будем их получать порциями и то на определенных условиях.

Учиться у министерства аттестовывать коллег? Решать кадровые вопросы? Министерство знает это лучше?

В. Скворцова, как и Т. Голикова, проигнорировала Пироговские съезды врачей России и продолжает игнорировать резолюцию последнего съезда и даже заверения, данные В. В. Путиным председателю Медицинской Палаты Л. М. Рошалю.

Ничего нового, перспективного, практически настоящего, требующего первоочередных мер мы не услышали при всем желании услышать. Ничего, кроме обескураживающего обещания в будущем того, что все мы считали уже решенным.

Ю. С. Савенко

¹ 28.05.2012, при вступлении в должность.

Реализуема ли статья 38 Закона о психиатрической помощи?

Спустя 20 лет, снова, в который раз, забрезжила надежда на реализацию статьи 38. После решительного демарша всего психиатрического сообщества (НПЖ 2012, I, стр. 86 – 89) и категорического несогласия Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина с возмутительным законопроектом Минздрава России, предлагавшим вообще отменить Службу защиты прав пациентов, в аппарате Правительства с участием В. П. Лукина было решено на “первом этапе” провести через Думу законопроект “О внесении изменений в Федеральный конституционный закон “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”. В пояснительной записке указывается, что такой законопроект дает возможность реализовать, в частности, статью 38. Текст законопроекта согласовывался и с нами (Ю. Н. Аргуновой и Ю. С. Савенко), как членами Экспертного совета Уполномоченного по правам человека в РФ.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ КОНСТИТУЦИОННЫЙ ЗАКОН

О внесении изменения в Федеральный конституционный закон “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”

Дополнить Федеральный конституционный закон от 26 февраля 1996 года № 1-ФКЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 9, ст. 1011; 2006, № 43, ст. 4411; 2008, № 24, ст. 2788; 2011, № 1, ст. 1) статьей 12.1 следующего содержания:

“Статья 12.1

1. Уполномоченный вправе иметь заместителей, назначаемых на должность и освобождаемых от должности Государственной Думой по представлению Уполномоченного.

2. Заместитель Уполномоченного пользуется гарантиями деятельности и правами Уполномоченного за исключением случаев, установленных статьями 12, 23 (пункт 2), 29 (пункт 1 подпункт 5), 30, 31, 32, 33, 39 настоящего Федерального конституционного закона.

3. Заместитель Уполномоченного может быть специализированным уполномоченным, компетенция, организационные формы и условия деятельности которого, устанавливаются федеральным законом.

4. Специализированный уполномоченный подчинен и подотчетен Уполномоченному.

5. Для обеспечения деятельности специализированного уполномоченного создается аппарат, структура, численность и штатное расписание которого в пределах сметы его расходов, предусмотренной в федеральном бюджете отдельной строкой, устанавливаются Уполномоченным.”

Конституционный Суд РФ признал действующий институт недееспособности неконституционным

Конституционный Суд Российской Федерации предписал законодателю изменить нормы Гражданского кодекса РФ, которые не предусматривают ограничения дееспособности гражданина, страдающего психическим расстройством, в минимально необходимой степени.

27 июня 2012 г. Конституционный Суд вынес Постановление по жалобе жительницы Санкт-Петербурга и признал несоответствующими Конституции России нормы Гражданского кодекса РФ, которые предусматривают только полное лишение дееспособности гражданина, страдающего психическим расстройством. Предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ являются пункты 1 и 2 статьи 29, пункты 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса РФ.

Заявительница Ирина Делова является инвалидом с детства и уже более двадцати лет проживает в психоневрологическом интернате в Санкт-Петербурге. Все это время она самостоятельно распоряжалась своей пенсией. В 2010 году по заявлению интерната она была признана судом недееспособной и лишилась возможности самостоятельно распоряжаться своим имуществом, в частности, пенсией. Между тем, эксперты признали, что Ирина Делова имеет адекватное представление об окружающей реальности и вполне способна распоряжаться деньгами для совершения бытовых сделок. В то же время сфера более сложных операций, например сделок с недвижимостью, была признана трудной для самостоятельного понимания подопечной интерната. Несмотря на это, районный суд признал Ирину Делову недееспособной, тем самым лишив ее всех гражданских прав, в том числе возможности распоряжаться своей пенсией. При решении вопроса районный суд руководствовался действующим гражданским законодательством, которое предусматривает только полное лишение гражданина дееспособности в случае наличия у него психического расстройства. Опекуном заявительницы стала администрация интерната.

Интересы заявительницы представляет адвокат Дмитрий Бартенев, адвокат Адвокатской группы “ОНЕГИН”, эксперт Независимой психиатрической ассоциации России.

В своем Постановлении КС РФ подчеркнул, что действующее правовое регулирование предусматривает либо признание гражданина, страдающего психическими расстройствами, недееспособным в полном объеме, либо дееспособным, что не исключает злоупотреблений и упрощенного подхода к принятию решений.

КС РФ признал взаимосвязанные положения пункта 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 ГК РФ не соответствующими Конституции РФ, так как при решении вопроса о признании гражданина недееспособным действующая система правового регулирования не предусматривает дифференциации последствий нарушения его психических функций, что не позволяет определить степень снижения способности понимать значения своих действий и руководить ими.

КС РФ при этом подчеркнул, что сама по себе возможность признания гражданина недееспособным вследствие психического расстройства не противоречит Конституции РФ, так как направлена прежде всего на защиту его собственных прав и законных интересов.

Федеральному законодателю предписано до 1 января 2013 года внести изменения в действующий механизм защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами, которые позволяли бы суду учитывать степень нарушения способности таких граждан понимать значение своих действий или руководить ими.

Такие изменения существующей модели недееспособности должны учитывать принципы, сформулированные в Конвенции ООН о правах инвалидов, которую Россия ратифицировала 3 мая 2012 г.

Дело гражданки Ирины Борисовны Деловой будет пересмотрено с учетом данного Постановления КС РФ.

Постановление КС РФ имеет огромное значение для преодоления социального исключения сотен тысяч российских граждан, лишенных дееспособности.

Судебный процесс против Гражданской комиссии по правам человека в Санкт-Петербурге

В череде нелепых процессов по ст. 282 (экстремизм), выполняющих “охранительную функцию”, 1 июня 2012 г. в Санкт-Петербурге начались очередные судебные заседания по гражданскому процессу над активистами “Гражданской комиссии по правам человека”. Прокурор потребовал признать экстремистской антипсихиатрическую риторику, касающуюся, в числе прочего, эвтаназии душевнобольных в гитлеровской Германии, стационарирования инакомыслящих в психиатрические больницы в СССР, лоботомии, побочных эффектов психофармакотерапии, вреда мер стеснения, “использования практик по контролю над разумом и использования их в террористических целях”.

И все это при том, что в официальном миногостском “Списке экстремистской литературы”, включившем за 7 лет более 1000 “запрещенных” названий (с 2004 г.), не нашлось места для самой кровавой фальшивки в истории — “Протоколов сионских мудрецов” и при том, что Ватикан в 1966 г. официально отменил свой просуществовавший более 400 лет “Индекс запрещенных книг”. А мы все еще в Средневековье!

Обвинение Санкт-Петербургской комиссии по правам человека в экстремизме отражает резиновый характер понятия экстремизм в пресловутом законе, который был принят вопреки протестам просвещенного общества. Такое обвинение, если потребуется, легко может быть предъявлено кому угодно, но

предъявляется крайне избирательно, откровенно в манипулятивных целях. Иск возбуждается против организации, которая выполняет общественно полезные санитарские функции.

Резкость их высказываний против психиатрии и психиатров, как стоявших раньше “за спиной Гитлера”, не отличается от обвинения независимых психиатров в работе “на деньги ЦРУ”, что является попыткой разжигания ненависти у необразованной части общества. Невыполнение Правительством в течение 20 лет статьи 38 закона о психиатрической помощи о создании службы вневедомственного государственного контроля за соблюдением этого закона в психиатрических стационарах и торпедирование Государственной Думой распространения закона об общественном контроле на психиатрические стационары, оставляют их пациентов — которые являются наиболее уязвимой категорией граждан — фактически беззащитными.

В описанных условиях судебный процесс против организации, которая будоражит общественное мнение наболевшей, но не решенной властью проблемой, является неуместной тратой времени и сил в угоду политической кампании. В развитых странах представителям этих организаций, при той же риторике с их стороны, дают трибуну на профессиональных съездах.

Судебный процесс привлечет к ним внимание и симпатии.

11-ый всемирный конгресс по биологической психиатрии

23 – 27 июня 2013 г., Киото, Япония

www.wfsbp-congress.org

РЕКОМЕНДУЕМ!

Карл Леонгард

**Систематика эндогенных психозов
и их дифференцированная этиология**

М., 2010 г.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Джузеппе Джоакомо Белли (1791 – 1863)

Из “Римских сонетов”¹

КАЖДОМУ СВОЕ

Намедни я узнал из разговору
С одним жандармом, будто им велят
Воров не трогать, так что можно вору
Спокойно воровать, а он и рад.
С недавних пор к тому же без разбору
Из тюрем выпускают всех подряд, —
И кто истосковался по простору,
Тепереча тому сам черт не брат.
Вопрос: зачем под стражей, если честно,
Воров и душегубщиков держать,
Коль новых тюрем нет, а в старых тесно?
Не выйдет из кутузки лишней тать,
Не выпустят его — и неизвестно,
Куда властям своих врагов девать.

9 апреля 1834

СМУТЬЯНЫ

Хоть карбонарии, хоть фармазоны,
Хоть либералы — как их ни зови,
Всех якобинцев, в душу их язви,
Казнить, ужесточить под них законы.
Пущай заместо пан придут нероны:
Ага, ты якобинец? Не живи!
Хай тонут в ихней собственной крови,
Чтоб не сбивали с толку, пустозвоны.
Нас, беспорточных, и попов не тронь,
Монахов тож, а всех, кто кроме, надо
На плаху и оттуда в ад, в огонь.
Пущай безвинных дюжина помрет,
Чем одного-единственного гада
В живых оставить, чтоб мутил народ.

2 сентября 1838

¹ Д. Д. Белли. Римские сонеты. В переводах Е. Солоновича. М., 2012.

**11-ый конгресс
Всемирной ассоциации психосоциальной реабилитации**

10 – 13 ноября 2012 г., Милан, Италия

www.wapr2012.org

РЕКОМЕНДУЕМ:

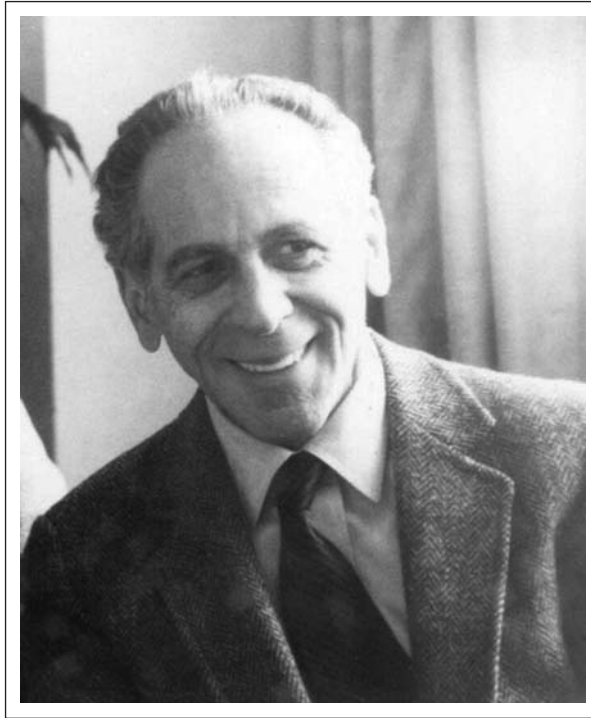
Владимир Петрович Зинченко

СОЗНАНИЕ И ТВОРЧЕСКИЙ АКТ

М.: Языки славянских культур, 2010, 592 стр.

НЕКРОЛОГ

Томас Стефен Сас (Thomas SZASZ) 1920 – 2012



12.09.12 ушел из жизни Томас Стефен Сас, ученый-гуманист, почетный профессор в отставке Государственного университета нью-йоркского центра здравоохранения в городе Сиракуз, штат Нью-Йорк, США. Ему было 92 года. Он был, пожалуй, самым видным социальным критиком моральных и научных основ современной психиатрии и со-учредителем Международной Гражданской комиссии по правам человека.

Сас был автором книг: “Миф душевной болезни” (1961) и “Фабрика безумия: Сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье” (1970), переведенных и на русский язык (соотв., М., 2010; Екатеринбург, 2007). Его взгляды имеют классические либеральные корни и базируются на принципах, что каждый человек обладает правом самостоятельно распоряжаться собственным телом и сознанием, правом не подвергаться насилию со стороны других. Томас Сас критиковал демократические и коммунистические страны за использование психиатрии в интересах власти. В 1973 году Американская ассоциация гуманистов назвала его гуманистом года.

Томас Сас родился в 1920 году в Будапеште, Венгрия. Он был младшим из двух сыновей в семье еврейского адвоката Дьюлы Шлезингера. В 1938 году Сас эмигрировал в США и в 1944 году окончил медицинский колледж в Цинциннати, прошел интернатуру по внутренним болезням в городской больнице Бостона, затем резидентуру в клиниках Чикагского университета и психоаналитическую подготовку в чикагском Институте психоанализа. В 1954 году в период войны в Корее он работал в военно-морском госпитале в Бетседа. С 1956 года Т. С. Сас работал в Сиракузе, рядом с Нью-Йорком, где занимался частной практикой и академической психиатрией в местном университете.

Сас указывал на то, что слияние медицины с государством приводит к необоснованному расширению терминов “болезнь” и “лечение”, к усилению зависимости людей от психиатрического контроля и фармацевтической индустрии и к “эрозии” наиболее фундаментальных гражданских свобод.

Более пятидесяти лет Томас Сас выступал в качестве выдающегося защитника индивидуальных прав в области психиатрии, защищая классические либе-

ральные ценности добровольного диалога, законного порядка и открытого общества. Он выступал против психиатрического принуждения и других мер подавления, осуществляемых якобы во имя охраны здоровья. Для того чтобы добиться признания важности гражданских свобод, по инициативе Томаса Стефена Саса была учреждена премия, носящая его имя: “Премия Томаса Саса”. Она ежегодно вручалась людям и организациям, настаивающим на защите личной автономии от государственного подавления и значительно улучшившим положение вещей в сфере гражданских свобод. Победитель получал памятную табличку и 1000 долларов.

Среди победителей были: историк экономики Роберт Хиггс, философ и психолог Роберт Спиллэйн, профессор права Ричард Эпстайн, американский сенатор Рон Пол, известный психиатр Рон Лейфер и другие. А в 2007 году получателем премии Томаса Саса

за выдающийся вклад в дело гражданских свобод был назван Владимир Константинович Буковский.

Томас Сас часто говорил, что отрицательные результаты крупномасштабной деинституционализации лиц с психическими расстройствами в 1960 – 1970-х годах, в которых его обвиняли, связаны не с объявлением им психического заболевания “мифом”, а с чисто экономическими соображениями. То же самое чуть было не повторилось во второй половине 2000-х годов в России, но желание сэкономить столкнулось с опытом западных и восточно-европейских стран: амбулаторная помощь оказалась дороже стационарной.

Томас Сас — психиатр, сумевший критически взглянуть на отрицательные стороны своего предмета в индивидуальном и общественно-политическом плане.

Роман Чорный

**Международный тематический конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
в сотрудничестве с комитетом по биоэтике ЮНЕСКО**

**БОРЬБА С КРИЗИСАМИ И КАТАСТРОФАМИ:
ТРЕБОВАНИЯ ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ**

30 сентября – 3 октября 2013 г., Мельбурн, Австралия

**Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации**

**БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ:
ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ**

27 – 30 октября 2013 г., Вена, Австрия

www.wpaic2013.org

РЕКОМЕНДАЦИИ

Гераклит Эфесский. Всё наследие. — М., 2012
Жмудь Л. Я. Пифагор и ранние пифагорейцы. — М., 2012
Деррида Жан. Поля философии. — М., 2012
Онтологии артефактов (ред. О. Е. Столярова). — М., 2012

* * *

Горизонты когнитивной психологии. Хрестоматия. — М., 2012
Риццолатти Джакомо, Синигалья Коррадо. Зеркала в мозге. (О механизмах совместного действия и сопереживания). — М., 2012
Панов Е. Н. Парадокс непрерывности: языковой рубикон. О непроходимой пропасти между сигнальными системами животных и языком человека. — М., 2012
Шон Эллис. Свой среди волков. — М., 2012
Кован Анна. Механизмы в голове. Изд. “Kolonna Publication”, “Митин журнал”. — Тверь, 2012 (*Опыт пребывания в швейцарской психиатрической клинике.*)

* * *

Володихин Дм. Малюта Скуратов. — М., 2012
Черчилль Уинстон. История англоязычных народов (в 4-х томах). — Екатеринбург, 2012

* * *

Яковенко И. Г. Познание России: цивилизационный анализ. — М., 2012
Зассе Сильвия. Яд в ухо. Исповедь и признание в русской литературе. — М., 2012
Бультман Рудольф. История и эсхатология. — М., 2012
Милано Андреа. Женщина и любовь в Библии. Эрос, агапа, личность. — СПб., 2011
Коннер Мельвин. Еврей телесный. — М., 2012
Карякин Юрий. Не опоздать! (Беседы. Интервью. Публицистика разных лет). — СПб., 2012

* * *

Акройд Питер. Эдгар По. Сгоревшая жизнь. — М., 2012
Павлова Н. О Рильке. — М., 2012
Брод Макс. Франц Кафка. Биография. — СПб., 2012

* * *

Роллина Морис. Неврозы. Книга стихотворений (1883). — М., 2012
Элиот Т. С. Поэзия и драма. (В переводах И. Полуяхтова). — М., 2012
Конрад Джозеф. Тайный агент. На взгляд Запада. — М., 2012
Замятин Евгений. МЫ. Текст и материалы к творческой истории романа. — СПб., 2011
Акройд Питер. Кларкенвельские рассказы. — М., 2012
Горбаневская Наталья. Мой Милош. — М., 2012 (*Знаменитая, в том числе и для психиатров, поэтесса, о лауреате Нобелевской премии Чеславе Милоше. Его стихи и публицистика.*)

ABSTRACTS

Man, Mind, Mental Disorder (Introduction to the General Psychopathology. Chapter from the Textbook)

B. A. Voskresensky

The concept of mental disorder is formulated on the basis of the idea of human triotomy (spirit — the soul — the body). The independent nature of psychiatric (mental) processes has been substantiated the concept of “natural semantic metalanguage” Anna Wierzbicki, but not limited to neuronal structures. Relations of components of trichotomy for people with mental disorders have been discussed.

Keywords: anthropology, psychology, mental illness, spirit, soul, body, a “natural semantic metalanguage” Anna Wierzbicka

To Catch in 48 Hours (European Court for Human Rights has made Adjustments to the Procedure of Involuntary Hospitalization)

Yu. N. Argunova

Considered judgment of the European Court for Human Rights on the case from 22.04.2010 “Bik against Russia”, as well as the problems associated with its implementation in practice of psychiatric institutions. The results achieved by the legal service IPA of Russia to ensure its execution by judiciary bodies.

Keywords: application for involuntary hospitalization, placement in a psychiatric hospital

Weather Psychiatric Hospital must Inform a Dispensary on a Discharged Patient?

Yu. N. Argunova

Indicate a problem of violation of the principle of medical confidentiality in the performance requirements of claim 63 Provisions on the Psychiatric Hospital. It is proposed to apply a differentiated approach in addressing the issue, the provisions of Part 3 of Article 3 of Part 4 of Article 13 and paragraph 8 of the Federal Law of November 21, 2011 № 323-FZ “On the basis of citizens’ health protection in the Russian Federation”.

Keywords: medical ethics, patient, psychiatric hospital, mental hospital

Weather Right of Patients in Psychiatric Hospitals to a Daily Walk can be Limited?

A. G. Ustinov

Consider the problem of limiting the rights of patients in mental hospitals to a daily walks, indicate the need for amendments to the Mental Health Act.

Keywords: right to walk, patients of psychiatric hospitals, restriction, monitoring

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПУБЛИКУЕМЫМ В НЕЗАВИСИМОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ

1. Статьи должны соответствовать общенаучным требованиям и иметь указание, в какую рубрику журнала направляются.
 2. Помимо печатного варианта статьи необходимо представлять электронную версию работы.
 3. Для оригинальных научных работ обязательна аннотация (около 1/2 страницы) на русском и английском языках, повторяющая традиционную структуру статьи, с ключевыми словами.
 4. Объем работы — до 10 – 12 страниц стандартного текста (1800 знаков на странице).
-