

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2013

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

Альфред Краус (Гейдельберг)
К. В. М. Фулфорд (Варвик)
Майкл Шварц (Бостон)

Alfred Kraus (Heidelberg)
K. W. M. Fulford (Warwick)
Michael Alan Schwartz (Boston)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

EDITORIAL BOARD

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

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 12.03.2013. Подписано в печать 26.03.2013. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2013-01-РА.

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 “ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ” КАРЛА ЯСПЕРСА	5
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Карл Ясперс. Вопрос виновности (1946)	7
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Современный стандарт амбулаторного лечения расстройств личности (открытое письмо министру здравоохранения России)	12
“Алгоритм биологической терапии обсессивно-компульсивного расстройства” как образец стандартизации — Ю. С. Савенко	15
Экспансия индуктивного подхода на примере тревожно-депрессивных расстройств — Ю. С. Савенко	16
Сенестопатический компонент синдрома психического автоматизма — И. Д. Даренский, Ю. Е. Горбунов	21
Некоторые особенности агрессивности у больных шизофренией в первом психотическом эпизоде — А. И. Ерзин (Оренбург).	25
Ценности современного общества глазами психически больных людей — Е. М. Леонтьева, О. Е. Головина	28
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Аутоперсонамнезия (биографическая амнезия): Деперсонализация? Конверсия? Симуляция? Органическая амнезия? — ведущий д.м.н. В. А. Солдаткин, врач-докладчик Д. С. Агафонова (Ростов-на-Дону)	34
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Шизофренический дефект и психотерапия живой врачебной индивидуальностью — М. Е. Бурно	58
XVIII Консторумские чтения	60
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Представительство интересов подэкспертного при производстве судебно-психиатрической экспертизы — Ю. Н. Аргунова	65
ИЗ ПРАКТИКИ	
Некоторые особенности клинических проявлений алкогольной зависимости, сочетающейся с рекуррентным депрессивным расстройством (клинический случай) — Т. И. Немкова, А. Г. Гофман	71
ОТКЛИКИ, ПОЛЕМИКА	
Научное творчество и старческий маразм: к вопросу о ливановских реформах в Российской Академии наук — Е. В. Ворожцов (Новосибирск)	75
ХРОНИКА	
Мрачные годовщины нельзя забывать	80
Бесконечная волокита, которой при нынешней власти нет конца	81
На пути к философским основаниям судебной психиатрии.	82
Психоневрологические интернаты преобразуются	82
Чудеса еще встречаются (о визите в ПБ самого строгого наблюдения)	85
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Синдром Эминеску. Обоснование нового эпонима — В. Г. Остроглазов	91
Валерий Абрамкин. Стихотворение	97
НЕКРОЛОГ	
Модест Михайлович Кабанов	98
РЕКОМЕНДАЦИИ	99
АННОТАЦИИ	100

CONTENT

THE 100-th ANNIVERSARY OF GENERAL PSYCHOPATHOLOGY BY KARL JASPERS	5
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Karl Jaspers. The question of guilt (Die Schuldfrage) (1946)	7
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Modern standard of out-patient treatment of personality disorders (open letter to the Minister of Health of Russia)	12
“Algorithm of biological therapy of obsessive-compulsive disorder” as model of standardization — Yu. S. Savenko	15
The expansion of inductive approach on example of anxiety-depressive disorders — Yu. S. Savenko	16
Senestopathic component of a set of symptoms of mental automatism — I. D. Darensky, Yu. E. Gorbunov.	21
Some characteristics of aggressiveness in patients with schizophrenia in first psychotic episode — A. I. Erzin (Orenburg)	25
Values of modern society through the eyes of the mentally ill — E. M. Leont’eva, O. E. Golovina	28
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Autopersonamnesia (biographic amnesia): Conversion? Simulation? Organic amnesia? — V. A. Soldatkin, D. S. Agafonova (Rostov-on-Don)	34
PSYCHOTHERAPY	
Schizophrenic defect and Psychotherapy by means of the live doctor’s individuality — M. E. Burno	58
XVIII-th Konstorum readings	60
PSYCHIATRY AND LAW	
Representation of interests of person under examination during forensic-psychiatric evaluation — Yu. N. Argunova	65
FROM THE PRACTICE	
Some features of clinical manifestations of the alcohol dependence which combines with recurrent depressive disorder (clinical case) — T. I. Nemkova, A. G. Gofman.	71
COMMENTS AND DISCUSSION	
Scientific work and senile dementia: the question of Livanov’s reforms in the Russian Academy of Sciences — E. V. Vorozhtsov (Novosibirsk)	75
THE CHRONICLE	
Gloomy anniversaries shouldn’t be forgotten	80
Infinite red tape which at the present authorities never comes to an end	81
On a way to the philosophical bases of forensic psychiatry	82
Psychoneurological hostels have been changing	82
Miracles still meet (about the visit to the mental hospital with the most strict supervision)	85
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Eminescu’s Syndrome. Justification of new eponym — V. G. Ostroglazov	91
Valery Abramkin	97
OBITUARY	
Modest Mikhailovich Kabanov	98
RECOMMENDATIONS	99
ABSTRACTS	100

100-ЛЕТИЕ “ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ” КАРЛА ЯСПЕРСА (1883 – 1969)



Отмечаемый юбилей — одна из самых значительных дат в истории психиатрии, так как “Общая психопатология” Ясперса, опережая другие науки, поставила психиатрию — самую сложную и архаичную медицинскую дисциплину на парадигматически новую феноменологически выверенную почву, вернув субъективному самоотчету больных статус объективных данных и предохранив психиатра от роли ветеринара.

Ясперс фактически заново переписал категориальный аппарат предмета, избежал всех крайностей, выбрав ясное строгое реалистичное направление развития.

Написать эту книгу, востребованность которой начала ощущаться ведущими психиатрами, Карл Вильманс¹ не случайно предложил Ясперсу, тогда совсем молодому сотруднику Гейдельбергской клиники. Решающую роль сыграло то, как Ясперс общался с

больными и как это описывал, что очевидным для всех образом отлилось в его первых публикациях, особенно в работе, посвященной бреду ревности². Эта разновидность паранойяльного бреда вывела Ясперса на проблему, обозначенную им впоследствии как главная проблема психиатрии. Она стала предметом самой острой дискуссии в психиатрии — спору о паранойе, который для отечественной психиатрии до сих пор актуален, т.к. именно диагноз “паранойяльное развитие личности” (F22.01), “паранойяльная шизофрения с сенситивным бредом отношения” (F22.03), “паранойяльная шизофрения”, не выводимая из личности (F22.82), “психопатоподобная” и “неврозоподобная” “малопрогрессирующая вялотекущая шизофрения” (F21) ставились в 1960 – 80 гг. расширительно, нередко в немедицинских целях.

Первое издание “Общей психопатологии” вышло в 1913 г. и сразу было оценено по достоинству Ф. Нисслем, Э. Крепелиным и мн.др. Грядущая Первая мировая война, патриотическому угару которой Ясперс не поддавался, помешала распространению идей этой работы, но в 1919 г. вышло второе издание, а в 1923 — третье. Именно оно, представлявшее еще небольшую книгу, почти втрое меньше последнего издания, было зареферировано в 1935 г. Николаем Павловичем Бруханским на 60 страницах, что сделало его доступным широкому кругу отечественных психиатров. Но уже спустя год ученикам Льва Марковича Розенштейна, Н. П. Бруханского и многим другим пришлось отрицать даже просто положительное отношение к этой работе.

И такая атмосфера длилась до 1989 г. — более полувека. Вопреки этому, пиетет к этой книге всегда сохранялся и ее идеи распространялись через вторые-третьи руки. Но отголоски замалчивания роли “Общей психопатологии” до сих пор характерны для современных отечественных руководств по психиатрии, общая часть которых сохраняет инерцию советских времен либо просто отсутствует.

¹ Karl Wilmanns (1873 – 1945) — старший врач Гейдельбергской психиатрической клиники, которого Ясперс называл своим учителем, возглавлял Гейдельбергскую клинику после Франца Ниссля (1904 – 1918) с 1918 по 1933 гг., когда был смещен за антигитлеровское выступление. Именно этот период вошел в историю как “Гейдельбергская школа психопатологии”, кредо которой состояло в признании психопатологии фундаментальной частью психиатрии, хотя датировать ее начало точнее с 1910 – 1913 гг.

² Перевод этой работы 1910 г. «Бред ревности. К вопросу: “развитие личности” или “процесс»» (“Zeitschr. f.d.ges. Neurol. u. Psychiatrie”, 1910, Bd. 1, 567 – 637) был опубликован в 4 выпусках Независимого психиатрического журнала за 1910 г. Другой перевод помещен в 2-х томнике: К. Ясперс “Собрание сочинений по психопатологии” — М. — СПб., 1996, т. 1.

В противоположность этому НПА России с момента своего создания в 1989 году во всех своих программных заявлениях провозгласила “Общую психопатологию” Ясперса фундаментом предмета нашей деятельности. Свой первый образовательный семинар в 1992 году мы посвятили феноменологическому методу как основе новой пропедевтики психиатрии, разработанной Ясперсом, что привлекло в ряды НПА 11 заведующих кафедрами психиатрии и многих главных врачей из разных регионов России. Это отражало изначальный пиетет к “Общей психопатологии” Ясперса и Гейдельбергской школе эпохи Карла Вильманса, как примера высокого клиницизма и вершине нашего предмета, достигнутой в преднацистский период. В 1992 году А. А. Ткаченко опубликовал в журнале “Логос” аналогичную статью о роли “Общей психопатологии” Ясперса. В 1995 г. мы издали “Философскую автобиографию” Ясперса, проникновенная интонация которой произвела, по свидетельству проф. Н. Г. Шумского, очень сильное впечатление на многих. В 1996 г. вышло собрание психопатологических работ Ясперса и его патографии и, наконец, в 1997 г. — “Общая психопатология”. То, как появился перевод, найдены редакторы, издатель и автор предисловия — целая отдельная выразительная история. Хорошо видно, что и подписавший, и написавший предисловие не прочли или, по крайней мере, не поняли текста, истолковав его совершенно превратно, и в последующих дорепечатках предисловие было снято. Но само издание стало для нас сущим праздником. Нам принесло глубокое удовлетворение, что заданный нами импульс завершился изданием всех психиатрических текстов Ясперса, открыв дорогу к этому драгоценному источнику всем желающим.

10 лет назад наш журнал откликнулся на 90-летие “Общей психопатологии” аналитической статьей (2003, 3; <http://www.npar.ru/journal/2003/3/jaspers.htm>).

“Общая психопатология” показала, что представление “будто прогресс психопатологии невозможен в принципе”, игнорировало, как это нередко бывает, элементарную, лежащую перед глазами вещь — “нужно выйти на соответствующий уровень мышления”, располагая строгими и тонко дифференцированными понятиями и постоянно совершенствуя их. Необходим постоянный тренаж не только феноменологического эпохэ, т.е. воздержания от суждения на период беседы и описания, но и профессионально ориентированных естественных классификаторских усилий на последующих этапах (по примеру известной интеллектуальной игры “загадай слово”, в которой удивительным образом удается угадать его за

6–8 пробных вопросов) на основании данных непредвзятого описания.

Удивительно и печально видеть самонадеянность зарубежных и наших коллег, которые воображают, что их продвинутость во времени сделала их “доказательнее” Ясперса, что их рефлексия тоньше и многообразнее, что анкеты, шкалы, огромные выборки и статистический аппарат в состоянии заменить клинко-психопатологический метод непосредственного общения с больным. “Общая психопатология” Ясперса сделала этот метод неуязвимым существом и основанием нашего предмета.

Но Ясперс — это нечто большее, чем выдающийся ученый, преобразивший самую смутную из наук. Это выдающийся философ, решительно продвинувший по-человечески сокровенный способ философствования, прояснивший ответы на “мировые загадки”. Более того, это человек, который не только всем своим творчеством, но всей своей прожитой жизнью дал высокий пример во всем главном для каждого из нас. Он оставил нам пронизательные, чуждые всякого догматизма ответы на удивительно широкий круг вопросов. Это его книги, выступления, интервью на самые жгучие вопросы современности и личный пример поведения в критических ситуациях императорской Германии, Первой мировой войны, Веймарской Республики, национал-социалистического режима, оккупации и становления Федеративной Республики Германии. Деятельность и творчество его и Генриха Бёлля вернули доверие к немцам и Германии. Все это позволяет на относительно нейтральном для нас примере Германии яснее увидеть себя и собственную ситуацию.

Послевоенные книги Ясперса — “Вопрос виновности” (1946); “Ницше и христианство” (1946), “О европейском духе” (1946), “Об истине” (1947), “Наше будущее и Гете” (1947), “Истоки истории и ее цель” (1948), “Философская вера” (1948), “Разум и антиразум в нашу эпоху” (1950), “Великие философы” (1957), “Атомная бомба и будущее человечества” (1962), “Об условиях и возможностях нового гуманизма” (1962), “Куда движется ФРГ?” (1967) — это проникновенное, проясняющее и одухотворяющее чтение.

Политическим завещанием Ясперса можно назвать его знаменитое интервью с главным редактором журнала “Шпигель” Рудольфом Аугштейном (1965), воспроизведенное в нашем журнале (2005, 1; <http://www.npar.ru/journal/2005/1/jaspers.htm>).

Ю. С. Савенко

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Цель помещаемых здесь отрывков из знаменитой работы Карла Ясперса — не заменить ее прочтением, а, наоборот, заинтересовать и привлечь: слишком много общего, непосредственно относящегося к нам и высказанного с предельной ясностью и честностью, найдет каждый читатель, знающий историю собственной страны.

“Каждый человек отвечает вместе с другими за то, как им правят”.

К. Ясперс

Карл Ясперс

Вопрос виновности

Введение в цикл лекций о духовной ситуации в Германии

Давайте научимся говорить друг с другом. То есть давайте не только повторять свое мнение, а слушать, что думает другой. Давайте не только утверждать, но и связно рассуждать, прислушиваться к доводам, быть готовыми посмотреть на вещи по-новому. Давайте попробуем мысленно становиться на точку зрения другого. Больше того, давайте прямо-таки выискивать все, что противоречит нашему мнению. Уловить общее в противоречащем важнее, чем поспешно отметить исключаящие друг друга позиции, при которых уже нет смысла продолжать разговор. <...>

ВОПРОС ВИНОВНОСТИ

Почти весь мир выступает с обвинением против Германии и против немцев. Наша вина обсуждается с возмущением, с ужасом, с ненавистью, с презрением. Хотят наказания и возмездия...

Рассуждения по вопросу виновности страдают смещением понятий и точек зрения. Чтобы держаться правды, нужны разграничения. Я набросаю эти разграничения сначала схематически, чтобы затем с их помощью прояснить наше теперешнее положение. <...> На чувство как таковое положиться нельзя. Сослаться на чувство — это наивность, уклоняющаяся от объективности познаваемого и мыслимого. Только всесторонне обдумав и представив себе что-то — а чувства этот процесс постоянно сопровождают, направляют его и мешают ему, — мы приходим к истинному чувству, на которое можно положиться в жизни.

СХЕМА РАЗГРАНИЧЕНИЙ

ЧЕТЫРЕ ПОНЯТИЯ ВИНОВНОСТИ

Следует различать:

1. Уголовную виновность. Преступления состоят в объективно доказуемых действиях, нарушающих

недвусмысленные законы. **Инстанцией** является суд, который с соблюдением формальностей точно устанавливает состав преступления и применяет соответствующие законы.

2. Политическую виновность. Она состоит в действиях государственных деятелей и в принадлежности к гражданам определенного государства, в силу чего я должен расплачиваться за последствия действия этого государства, под властью которого нахожусь и благодаря укладу которого существую (политическая ответственность). Каждый человек отвечает вместе с другими за то, как им правят. **Инстанцией** является **власть и воля победителя** — как во внутренней, так и во внешней политике. Решает успех. Умерить произвол и власть могут политическая мудрость, думающая о дальнейших последствиях, и признание норм, именуемых естественным правом и международным правом.

3. Моральную виновность. За действия, которые я ведь всегда совершаю как данное отдельное лицо, я несу нравственную ответственность, причем за все свои действия, в том числе и за политические и военные действия, совершенные мной. Нельзя просто сослаться на то, что “приказ есть приказ”. Поскольку преступления остаются преступлениями и тогда, когда они совершены по приказу (хотя в зависимости от степени опасности, принуждения и террора возможны смягчающие обстоятельства), каждое действие подлежит и моральной оценке. **Инстанцией** являются **собственная совесть**, а также общение с другом и близким, любящим человеком, которому не безразлична моя душа.

4. Метафизическую виновность. Есть такая солидарность между людьми как таковыми, которая делает каждого тоже ответственным за всякое зло, за всякую несправедливость в мире, особенно за престу-

пления, совершаемые в его присутствии или с его ведома. Если я не делаю что могу, чтобы предотвратить их, я тоже виновен. Если я не рискнул своей жизнью, чтобы предотвратить убийство других, но при этом присутствовал, я чувствую себя виноватым таким образом, что никакие юридические, политические и моральные объяснения тут не подходят. То, что я продолжаю жить, когда такое случилось, ложится на меня неизгладимой виной. Если счастливая судьба не избавляет нас от этой ситуации, мы как люди подходим к рубежу, где надо выбрать: либо бесцельно, ибо видов на успех нет, безоговорочно отдать жизнь, либо, ввиду невозможности успеха, остаться жить. То, что где-то среди людей действует обязательная потребность жить либо вместе, либо вовсе не жить, если над кем-то чинят зло или идет дележ физических средств к жизни, это как раз и составляет человеческую сущность. Но ничего этого ни в общечеловеческой, ни в общегражданской солидарности, ни даже в солидарности каких-то маленьких групп нет, это ограничивается самыми тесными человеческими связями, и вот в этом-то и состоит всеобщая наша виновность. **Инстанция** — один лишь Бог...

Неучастие в формировании уклада власти, в борьбе за власть в смысле служения праву есть главная политическая вина, являющаяся в то же самое время и виной нравственной. Политическая вина становится нравственной виной, когда властью уничтожается смысл власти — осуществление права, этическая чистота собственного народа. <...>

Она касается и тех граждан, которые выступали против режима и вменяемых ему в вину действий...

Но абсурдно обвинять в преступлении какой-либо народ в целом. Преступник всегда только одно лицо...

НЕМЕЦКИЕ ВОПРОСЫ

РАСЧЛЕНЕНИЕ НЕМЕЦКОЙ ВИНОВНОСТИ

1. Преступления.

2. Политическая виновность.

...Уничтожение всякой порядочной, подлинной немецкой государственности имеет причиной, должно быть, и поведение большинства немецкого населения. Народ отвечает за свою государственность...

Должны ли мы, немцы, нести ответственность за злодеяния, учиненные над нами немцами, или за злодеяния, от которых мы как бы чудом спаслись? Да — поскольку мы допустили, чтобы такой режим у нас возник. Нет — поскольку многие из нас в душе были противниками всего этого зла, и никаким поступком, никаким внутренним мотивом не обрекали себя на признание своей нравственной совинности. **Считать ответственным не значит признать нравственно виновным**...

Политический поступок совершает в современном государстве каждый по меньшей мере своим голосо-

ванием на выборах или своей неявкой на выборы. Смысл политической ответственности не позволяет уклониться от нее никому.

Политически активные люди обычно потом оправдываются, потерпев неудачу. Но в политических делах такие оправдания ничего не стоят...

В современных государствах быть вне общества нельзя...

Но перестав участвовать в политике, аполитичные теряют и право судить о конкретных политических действиях текущего дня, то есть право самим заниматься безопасной политикой...

3. Моральная виновность.

...Граница, у которой кончается и возможность морального осуждения, лежит там, где мы чувствуем, что другой и о каком нравственном самопросвещивании и не помышляет, — где в аргументации нам слышится только софистика, где собеседник вовсе, кажется, и не слушает нас. Гитлер и его сообщники, это маленькое меньшинство в несколько десятков тысяч, пребывают вне моральной виновности, до тех пор пока они ее вообще не чувствуют. Они, кажется, не способны раскаяться и измениться. Они такие, какие они есть. В отношении таких людей остается только насилие, потому что они сами живут только насилием...

а) Жизнь в маске — неизбежная для того, кто хотел выжить — влекла за собой нравственную виновность. Лживые заявления о лояльности перед грозными инстанциями вроде гестапо, такие жесты, как приветствие “хайль Гитлер”, участие в собраниях и многое другое, что влекло за собой видимость участия — за кем из нас в Германии никогда не было такой вины? Заблуждаться на этот счет может только забывчивый, потому что заблуждаться он хочет. Маскировка была одной из основных черт нашего существования. Она отягощает нашу нравственную совесть.

б) Больше волнует человека в момент ее понимания вина, вызванная **лживой совестью**. Многие молодые люди просыпаются с ужасным сознанием: моя совесть меня обманула — на что еще я могу положиться? Я думал, что жертвую собой ради благороднейшей цели, что желаю самого лучшего. Каждый, кто так проснется, проверит себя, виновен ли он был в неясности и в нежелании видеть, в сознательном замыкании, изоляции собственной жизни в “благоприятной” сфере.

Здесь надо прежде всего различать между солдатской честью и политическим смыслом. Ибо сознание солдатской чести остается защищенным от любых рассуждений о виновности. Кто был верен в товариществе, стоек в опасности, проявил мужество и деловитость, тот вправе сохранять что-то неприкосновенное в своем чувстве собственного достоинства. Это чисто солдатское и в то же время человеческое начало одинаково у всех народов. Его проявление не только не вина, но, коль скоро оно не запятнано злодеяниями

или выполнением явно злодейских приказов, некая основа, некий смысл жизни.

Но проявление солдатского начала нельзя отождествлять с делом, за которое сражались. Солдатское начало не освобождает от вины за все другое.

Безоговорочное отождествление фактического государства с немецкой нацией и армией — это вина лживой совести. Тот, кто был безупречен как солдат, мог стать жертвой фальсифицированной совести. Благодаря этому оказалось возможным творить и терпеть из-за национальных убеждений явное зло. Отсюда чистая совесть при злых делах.

Однако долг перед отечеством гораздо глубже, чем слепое повиновение тем или иным правителям. Отечество уже не отечество, если разрушается его душа. Мощь государства сама по себе — не цель, напротив, она губительна, если это государство уничтожает национальную сущность. Поэтому долг перед отечеством отнюдь не вел последовательно к повиновению Гитлеру и к убежденности, что и как гитлеровское государство Германия непременно должна победить в войне. Вот в чем заключается лживая совесть. Это непростая вина. Это в то же время и трагическое смятение, особенно большей части несведущей молодежи. Долг перед отечеством — это полная самоотдача ради высочайших требований, предъявляемых нам нашими лучшими предками, а не идолами лживой традиции.

Поразительно поэтому, как, несмотря на все зло, удавалось самоотожествление с армией и государством. Ведь эта обязательность слепого национального взгляда — понятная лишь как последняя гнилая опора теряющего веру мира — была, по совести, одновременно моральной виной.

Эта вина стала возможной и благодаря неверно понятому библейскому изречению “будь покорен имеющим власть над тобой”¹, но окончательно выродилась в удивительную покорность приказу на военный манер. “Это приказ” — для многих эти слова звучали и еще звучат патетически, выражая высший долг. Но они одновременно и освобождали от вины, равнодушно утверждая неизбежность зла и глупости. Безусловной моральной виной становилось такое поведение в раже послушания, поведении инстинктивном, считающем себя добросовестным, а на самом деле ничего общего с совестью не имеющем. <...>

Именно тогда, когда с самого начала человек действует по честному разумению и доброй воле, его разочарование, в том числе и в себе, особенно велико. Оно приводит к проверке и самой искренней веры вопросом: насколько ответствен я за свою иллюзию, за всякую иллюзию, которую я питаю.

Пробуждение, распознавание этой иллюзии необходимо. Оно делает из идеалистов-юнцов стойких,

нравственно надежных, политически трезвых немецких мужчин, которые смиренно примут свою судьбу.

в) Частичное одобрение национал-социализма, **половинчатость**, а порой **внутреннее приспособление** и примирение, было моральной виной, лишенной какого бы то ни было трагизма, свойственного предыдущим разновидностям вины.

Такая аргументация: “ведь есть в этом и хорошее”, такая готовность к мнимо справедливому признанию была у нас распространена. Правдивым могло быть только радикальное “либо-либо”. Если я признаю порочный принцип, то все скверно, и даже хорошие с виду последствия — вовсе не то, чем они кажутся. Из-за того, что эта ошибочная объективность была готова признать в национал-социализме мнимо хорошее, даже близкие прежде друзья становились друг другу чужими, с ними уже нельзя было говорить откровенно. Тот, кто еще недавно сетовал, что нет мученика, который пожертвовал бы собой, выступив за прежнюю свободу и против несправедливости — тот же человек мог восхвалять как высокую заслугу уничтожение безработицы (путем вооружения и жульнической финансовой политики), мог в 1938 году приветствовать захват Австрии как осуществление старого идеала единой империи, а в 1940-м подвергать сомнению нейтралитет Голландии и оправдывать гитлеровскую агрессию, и главное — радоваться победам.

г) Многие предавались удобному **самообману**: они, мол, потом изменят это порочное государство, партия исчезнет, самое позднее — со смертью фюрера. Сейчас надо во всем участвовать, чтобы изнутри поворачивать все к добру. Вот типичные разговоры:

С офицерами: “Мы устраним национал-социализм после войны именно на основе нашей победы: пока надо держаться вместе, привести Германию к победе; когда горит дом, тушат огонь, а не спрашивают сперва, кто вызвал пожар”. — Ответ: после победы вас распустят, вы с радостью пойдете по домам, оружие останется только у СС, и террористический режим национал-социализма перерастет в государство рабовладельческое. Никакая индивидуальная человеческая жизнь не будет возможна. Будут сооружаться пирамиды, строиться и перестраиваться дороги и города по прихоти фюрера. Будет развиваться огромный механизм вооружения для окончательного завоевания мира.

С преподавателями высшей школы: “Мы партия фронды. Мы отваживаемся на непринужденные дискуссии. Мы достигаем духовных целей. Мы все постепенно преобразуем в прежнюю немецкую духовность”. — Ответ: вы заблуждаетесь. Вам предоставляют свободу шута при условии неукоснительного послушания. Вы молчите и уступаете. Ваша борьба — видимость, для руководства желательная.

У многих интеллигентов, которые участвовали в событиях 1933 года, стремились достичь руководящего положения и по своим взглядам публично взяли

¹ Римл. 13, 1.

сторону новой власти, интеллигентов, которые позднее, будучи лично оттеснены, возмущались, но чаще продолжали одобрять режим, пока неблагоприятный исход войны не стал в 1942 году очевиден и не сделал их наконец противниками режима, — у многих из этих интеллигентов есть такое чувство, что они пострадали от нацистов и потому призваны прийти им на смену. Сами они считают себя антинацистами. Все эти годы существовала некая идеология этих интеллигентных нацистов: они, мол, в духовных вопросах были правдивы и беспристрастны, хранили традиции немецкого духа, предотвращали всяческое разрушение, делали какие-то добрые дела.

Среди них окажутся, возможно, люди, виновные из-за косности своего мышления, которое хоть и не тождественно с партийными доктринами, но в действительности, не отдавая себе в том отчета, сохраняет при видимости перемен и враждебности, внутреннюю позицию национал-социализма. Кто участвовал в расовом безумии, кто питал иллюзии относительно строительства, которое основывалось на обмане, кто мирился с уже тогда совершенными преступлениями, тот не только ответствен, но и обязан нравственно обновиться. Может ли он обновиться и каким образом, это только его дело, об этом извне трудно судить.

д) Есть разница между **активными** и **пассивными**.

Политические деятели и исполнители, руководители и пропагандисты виновны. Если они и не совершили уголовных преступлений, то все же из-за своей активности они несут подпадающую положительно-му определению вину.

Однако каждый из нас несет вину, поскольку он оставался бездействен. Вина пассивности другая. Бессилие извиняет; морального требования полезной смерти не существует. Еще Платон считал естественным в бедственные времена при отчаянном положении прятаться и выжить. Но пассивность знает свою моральную вину за каждую упущенную по небрежности возможность защитить гонимого, облегчить зло, оказать противодействие. В покорности бессилие всегда оставалась возможность пусть не безопасных, но при осторожности все-таки эффективных действий.

Боязливо упустив такую возможность, каждый в отдельности признает своей моральной виной слепоту к беде другого, душевную черствость, внутреннюю незадетость случившейся бедой.

е) Моральная виновность в формальном примыкании, роль попутчика объединяют в какой-то мере очень многих из нас. Чтобы устроить свою жизнь, не потерять своего положения, не загубить свои шансы, человек становился членом партии и соблюдал все другие формальности.

Никто не получит за это полного оправдания, тем более что было много немцев, которые действительно не совершили такого акта приспособления и взяли на себя все невыгодные последствия этого.

Надо представить себе, какова была обстановка году в 1936 или 1938-м. Партия была государством. Такое положение, казалось, закрепилось надолго. Только война могла свалить этот режим. Все державы заключали договоры с Гитлером. Все хотели мира. Немец, который не желал оказаться совсем в стороне, потерять свою профессию, повредить своему делу, должен был подчиниться, тем более человек молодой. Принадлежность к партии или к профессиональному союзу была уже не политическим актом, а скорее актом милости государства, допускающего данное лицо. “Значок” нужен был как внешний знак, без внутреннего согласия. Тому, от кого тогда требовали куда-то вступить, трудно было отказаться. Но решающее значение имеет при каких обстоятельствах и по каким мотивам человек стал членом партии. У каждого года и каждой ситуации есть свои оправдания и свои отягчающие обстоятельства, различить которые можно только в каждом индивидуальном случае.

4. Метафизическая виновность.

Нравственность тоже всегда определяется мирскими целями. Морально я могу быть обязан рисковать своей жизнью, если надо что-то осуществить. Но морально несостоятельно требовать, чтобы кто-то жертвовал жизнью, зная наверняка, что этим ничего не достигнешь. Морально требование риска, но не требование, чтобы кто-то выбрал верную смерть. Скорее нравственно в обоих случаях требование противоположного: не делать бессмысленных вещей для мирских целей, а сохранить себя для их осуществления.

Но есть в нас сознание своей виновности, у которого источник другой. Метафизическая виновность — это отсутствие абсолютной солидарности с человеком как с человеком. Она не снимает своей претензии и тогда, когда нравственно осмысленное требование уже исключается. Эта солидарность нарушена, если я присутствовал при несправедливостях и преступлениях. Недостаточно того, что я с осторожностью рисковал жизнью, чтобы предотвратить их. Если они совершились, а я при этом был и остался жив, тогда как другого убили, то есть во мне какой-то голос, благодаря которому я знаю: тот факт, что я еще жив, — моя вина.

Когда в ноябре 1938 года горели синагоги и впервые депортировали евреев, при этих преступлениях вина была, конечно, прежде всего моральная и политическая. Двойная вина лежала на тех, у кого еще была власть. Генералы при этом присутствовали. В каждом городе мог вмешаться комендант, когда совершались преступления. Ведь долг солдата защищать всех, когда преступления совершаются в таком объеме, что полиция не может предотвратить их или не справляется со своей задачей. Они бездействовали. Они предали в этот момент славные прежде нравственные традиции немецкой армии. Их это не касалось. Они отреклись от души немецкого народа ради

абсолютно автономного военного механизма, подчиняющегося приказам.

Среди нашего населения многие, правда, были возмущены, многие охвачены ужасом, предчувствуя беду. Но еще большее число людей продолжало без помех заниматься своими делами и развлекаться как ни в чем не бывало. Это моральная вина.

А те, кто в отчаянии полного бессилия не мог этому помешать — те от сознания метафизической вины сделали в своей внутренней метаморфозе еще один шаг. <...>

Политическая ответственность и коллективная виновность.

Собственное сознание коллективной виновности.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРАВДАНИЯ

1. Террор. 2. Вина и историческая связь.

1. Географические условия. 2. Всемирно-историческая обстановка. 3. Вина других. 4. Вина всех?

НАШЕ ОЧИЩЕНИЕ

1. Увиливание от очищения.

- а) Взаимные обвинения.
- б) Самоунижение и упрямство.
- в) Увиливание со ссылкой на обстоятельства.
- г) Увиливание со ссылкой на общую участь.

2. Путь очищения.

Перевод С. Анта (1994 г.)

11-ый всемирный конгресс по биологической психиатрии

23 – 27 июня 2013 г., Киото, Япония

www.wfsbp-congress.org

21-ый всемирный конгресс по социальной психиатрии

БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ — БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ

29 июня – 3 июля 2013 г., Лиссабон, Португалия

www.wasp2013.com

Современный стандарт амбулаторного лечения расстройств личности

Открытое письмо министру здравоохранения РФ В. И. Скворцовой

Уважаемая Вероника Игоревна!

6 февраля 2013 г. Минздрав России издал приказ относительно стандартов первичной медико-санитарной помощи при психических расстройствах. Наибольшее внимание в нем привлекает стандарт медикаментозной терапии при декомпенсациях расстройств личности и поведения в зрелом возрасте в амбулаторных условиях.

Трудно поверить, что текст написан практикующим психиатром.

Основным критерием приводимой таблицы является не клинико-синдромологический принцип, а “анатомо-терапевтическо-химическая классификация”, предложенная ВОЗ для совершенно другой цели — выработки общепринятого языка в отношении существующих психотропных препаратов как таковых. В данном случае это неуместное наукоподобие, так как исходит из приоритета и удобства оптовых закупок аптек, а не лечебного процесса. Вместо синдромов-мишеней предлагаются химические группы, которые с терапией и анатомией имеют далеко опосредованную связь.

В результате, наиболее популярный корректор поведения перициазин (неулептил) затерялся среди антипсихотических средств — больших нейролептиков.

Но еще больше **поражают дозы**. Широко используемый соннапакс (тиоридазин, тиорил) рекомендуется людям с расстройствами личности в средней суточной дозе 475 мг, что равно максимальной дозе (300 – 600 мг) или в 5 – 9 раз больше, чем обычная при психических заболеваниях (50 – 100 мг) [*Средние суточные дозы при психотических расстройствах приводятся по последнему изданию Руководства М. Д. Машковского “Лекарственные средства”*].

Один из самых мощных современных антипсихотиков — оланзепин (зипрекса) рекомендуется 30 мг в сутки, тогда как при психических заболеваниях средняя суточная доза 15 – 20 мг, то есть вдвое меньше.

Перфеназин (этаперазин) при психических заболеваниях рекомендуется 8 – 20 мг в сутки, а при возбуждении и быстро нарастающих психотических явлениях до 30 – 40 мг, здесь же, при расстройствах личности — 60 мг в сутки.

Карбамазепин рекомендуется 1200 мг в сутки, тогда как при эпилепсии среднесуточная доза составляет 400 – 1200 мг.

Наконец, использование клопиксола, флюанксолола, сероквеля, рисперидона предлагается в дозах, сопоставимых с используемыми при лечении психозов.

В перечне есть тизерцин, но нет хлорпротиксена (труксала), нет депакина, нет указания на использование у больных с резкими подъемами артериального давления полуторной или дополнительной дозы гипотензивных средств, снимающих возбуждение без применения психотропных средств, и т.д. и т.п.

Насколько нам известно, описанный стандарт готовил Центр им. В. П. Сербского — учреждение, опыт которого по большей части связан с судебной психиатрией и имеет краевое значение и, таким образом, давно оторвавшееся и все более удаляющееся от общей психиатрии. В результате, **практика пенитенциарной психиатрии, используемая на разнородной группе дефицитарных изменений личности пациентов, находящихся на принудлении, возведена в ранг стандарта для людей с расстройствами личности, что далеко не одно и то же**.

Хорошо известно, что даже самые мощные психотропные средства не лечат расстройства личности (характеропатии, психопатии), а только корректируют поведенческие расстройства, связанные с сильными человеческими аффектами, истовой приверженностью определенному мировоззрению, ненавистью к определенным взглядам и т.п., и разве что могут держать в полусонном, вялом состоянии либо настолько дискомфортном, что человеку ни до чего. Тогда это действительно химическая смирительная рубашка.

Поставить диагноз расстройства личности (ведь не болезнь!) можно легко любому нестандартному человеку, тем более проявляющему повышенную активность, настойчивость. Таковыми в современных условиях легко становятся многочисленные жертвы социальной несправедливости, политические и религиозные диссиденты. **Принятый стандарт — прямой мост к возвращению советской практики использования психиатрии в немедицинских целях.**

Крайней небрежностью отличаются рекомендации в стандартах амбулаторной терапии и других психических расстройств, например, легкой и средней тяжести смешанных тревожных и депрессивных расстройств. Так, средняя суточная доза пароксетина, сертралина и флувоксамина рекомендуется, соответственно, 20 — 150 — 300 мг в сутки, тогда как при амбулаторном лечении депрессий в ремиссии пароксетин и сертралин рекомендуются 150 и 300 мг в сутки.

К сожалению, такого рода конфузы и безответственность все чаще не редкость, даже в профессиональной литературе.

Необходимо срочно отозвать этот стандарт, который не обсуждался в профессиональных общественных организациях России — Российском обществе психиатров и Независимой психиатрической ассоциации России, что не согласуется с положениями ч. 2 ст. 76 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Следование ему — опасно для здоровья, чревато многими побочными расстройствами, осложнениями и отдаленными последствиями.

Мы уверены, что никто из коллег не станет следовать таким рекомендациям.

*Президент НПА России
Ю. С. Савенко*

P.S. Собственно “смирительная химическая рубашка” готова давно, она была запущена в производство с 60-х годов в Центре им. Сербского и хотя с 1989 года вышла из моды, но ее запасы в этом учреждении сохранились в неприкосновенности и дождалась возвращения спроса на себя — это описанный здесь приказ Минздрава РФ и сохранившееся в “Руководстве по судебной психиатрии” (2004) обоснование правомерности профилактики широко понятых общественно опасных действий (ООД).

Общественно опасные действия, связанные не с продуктивно-психотической симптоматикой (бредовой или небредовой), а с негативно-личностной, подразделяются там на ситуационные и инициативные. К последним относятся “извращенность и расторможенность влечений, псевдосоциальная гиперпродуктивность и дефицит высших эмоций”.

Конечно, подгруппа с псевдосоциальной гиперпродуктивностью плохо вяжется с обозначением всей группы как негативно-личностной. Но главным является вопрос: **кто и как и согласно каким критериям** решает, что является “псевдосоциальным” и “гиперпродуктивным”? Ведь содержание — не дело психиатра, а такие термины только вводят в заблуждение. Любой оппозиционер и диссидент легко записывается в “псевдо” полицейскими чинами, направляющими таких людей к психиатру, а слияние психиатров с сотрудниками МВД, наличие своих психиатров в этом ведомстве стирает необходимые границы.

Признавая отсутствие паранойяльного бреда, как “единого тематического стержня”, авторы этого раздела (В. П. Котов и М. М. Мальцева) опираются на такие признаки как: 1) сверхценное отношение к своим гражданским обязанностям и долгу и 2) стремление найти и “вывести на чистую воду” любых нарушителей. В основе — “благородное с точки зрения больного стремление активными действиями улучшить окружающую действительность и искоренить зло”. Однако “сутяжно-кверулянтская деятельность нередко принимает характер клеветы”. Такие тирады в Руководстве судебной психиатрии не могут не греть сердца и руки наших “силовиков”. Где та грань, за которой уместен психиатр?

Авторы дважды в одном месте характерным образом проговариваются: называют аномальных людей, психопатов “*большими*” и допускают оценочность в выражении “*благородных* с точки зрения больного”, что неграмотно, так как содержание может быть любым. “Расстройства личности” — это не “психопатоподобные синдромы”, не “изменения личности” и не “дефектные состояния”.

Настоящий профессионал квалифицирует расстройства личности в контексте конкретной социально-политической ситуации. Следует иметь в виду возможность преступного чиновника, преступного полицейского, преступного закона и даже преступного государства на модели поствеймарской Германии.

Также неграмотно говорить о “псевдосоциальной гиперпродуктивности”, т.к. это опять-таки акцент на содержании, которое может быть даже в случае бреда адекватным, но по форме проявления фанатичным. Здесь множество степеней этой гиперсоциальности, нагляднее всего выступающей в религиозных организациях: верующие, педантично верующие, фундаменталисты, неопиты (т.е. первичный энтузиазм, иссякающий через несколько лет), истово верующие и фанатики.

В Руководстве признается “невозможность единой лечебно-реабилитационной программы” для этого контингента и выделяется шесть групп, а особенностью медицинской помощи для них называется “преобладание коррекционно-воспитательных и реабилитационных мероприятий над психофармакотерапевтическими”. Выражается сожаление, что “представители общей психиатрии не прибегают к их стационарному лечению, что находится в явном противоречии с имеющимися данными об их высокой общественной опасности и неспособности ко вменению”, и настаивают на необходимости принудительного стационарного лечения для “коррекции и нивелирования изменений личности, психопатоподобных проявлений и нарушений поведения”, хотя декларируют индивидуальный подход.

Однако, выделяемые шесть групп “находящихся на принудительном лечении больных с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности

независимо от нозологического диагноза” представляют смешение изменений личности, дефицитарных расстройств и психопатоподобных синдромов различного генеза с расстройствами личности. Список явно неполон, его закрытый характер подталкивает к искусственному натягиванию на ту или иную стандартную рубрику. Такого рода расстройства можно обнаружить при систематическом обследовании мест лишения свободы у подавляющего числа их обитателей, хотя бы в силу продуцирования такого рода расстройств этими условиями. В результате, перед нами фабрика усреднения личности лошадиными дозами психотропных средств под вывеской социальной реабилитации. Во что превращаются печень, почки и мозг этих людей в результате такого “лечения”? Энцефалопатия нивелирует индивидуальные особенности личности, а цирроз печени сокращает жизнь. Пожалуй, физический, даже каторжный труд во многих отношениях эффективнее и гуманнее. Во что превратились бы Федор Достоевский, Лев Тихомиров, Оскар Уайльд, если бы их лечили указанными дозами?

Таким образом, при описанном подходе мишенью терапии становится содержание сверхценных идей —

восстановление поправленной справедливости, наказание клеветы и мошенничества. Требование отказа от этих претензий превращает психиатра в подобие инквизитора, распорядителя самой Истины — роль, бесконечно далекая от научной медицины.

P.P.S. Стандарты Минздрава России вызвали повсеместное возмущение психиатров. Все вице-президенты нашей Ассоциации из Архангельска, Владивостока, Барнаула и Ростова-на-Дону, все наши юристы и коллеги с мест, в том числе на форуме НПА, поддержали текст нашего письма министру и внести ряд важных дополнений относительно и других стандартов. Аналогичной была и реакция членов Российского общества психиатров.

Таков уровень психиатрического руководства Минздрава, который присвоил себе сертификацию специалистов и многое другое, не имея на то никаких разумных и моральных оснований.

Мы получили ответ министерства, совершенно бессодержательный, с указанием, что наше письмо переслано главному психиатру-эксперту Минздрава проф. З. И. Кекелидзе.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАЯВКИ

Ю. С. Савенко ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ Критическая психопатология

*под ред. проф. А. Г. Гофмана
«Логос», М., 2013, 450 стр.*

Книга включает в себя следующие разделы:

1. Предмет психиатрии.
2. Методы психиатрии.
3. Единицы анализа в психиатрии.
4. Основные измерения психических расстройств.
5. Систематика психических расстройств и диагнозы.
6. Модели психических расстройств.
7. Патогенез психических расстройств.
8. Социальная психиатрия.
9. Социология психиатрии.

Приложение:

1. Тревожные психотические синдромы.
2. Скрытые депрессии.
3. Новая парадигма в психиатрии.
4. История моей диссертации.

“Алгоритм биологической терапии обсессивно-компульсивного расстройства” как образец стандартизации¹

Предлагаемый в качестве эталонного образца “алгоритм биологической терапии обсессивно-компульсивного расстройства” начинается с, казалось бы, традиционных шагов: “после установления диагноза обсессивно-компульсивного расстройства, тяжести симптоматики, возраста начала, типологии, симптомов-мишеней, а также оценки эффективности и переносимости”. Но уже с этих первых шагов начинается неладное: что это за диагноз? Что имеется в виду — соответствующий невроз или синдром в контексте депрессивных, органических или процессуальных расстройств?

Итак, что это за диагноз “обсессивно-компульсивное РАССТРОЙСТВО”? — Это недоработка самой МКБ-10: хорошо известно, что понятие “расстройство” является наиболее широким, включающим в себя и психические болезни, и психическую патологию (девиации, аномалии, дефекты). Помещая обсессивно-компульсивное расстройство в разделе “невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства”, но отказываясь от понятия “невроза”, МКБ-10 сама создала двусмысленность, которой не было в термине “обсессивно-компульсивный невроз”. В результате, существование обсессивно-компульсивного синдрома в контексте депрессивных, органических, процессуальных и психогенных нозологических форм не выступает с должной определенностью. Между тем, обсессивно-компульсивный синдром как раз наиболее показателен в отношении резистентности к терапии и поэтому выводом о ее нозологической неспецифичности. Но с не меньшей вероятностью можно было бы утверждать, что эта резистентность связана с неадекватной терапией в силу диагностического разнобоя. Отсюда спор относительно того, что является **мишенью** терапии: нозология, синдром или симптом. В предлагаемом стандарте говорится о симптомах-мишенях, что делает нозологию ненужной. Мы отстаиваем синдромально-нозологический принцип терапии, исходя из которого с первого же этапа лечение должно быть совершенно различным. Нам же предлагают вернуться вспять на фельдшерский уровень пошаговых универсальных прописей по симптоматическому принципу. — “Ходите строем, а не врассыпную”. А ведь хорошо известно, со времени англо-бурской войны 1899 года, что строй лучше только на параде.

Алгоритм лечения обсессивно-компульсивного расстройства, предлагаемый проф. С. Н. Мосоловым, предусматривает уже на втором этапе внутривенное

введение кломипрамина — средства, используемого при психотических формах эндогенных депрессий, и то не всегда. На третьем этапе С. Н. Мосолов предлагает средства, используемые при лечении шизофрении. Этот алгоритм имеет сходство с первыми роботами, действовавшими примитивным методом проб и ошибок. А это равносильно лечению вслепую, когда диагностика не нужна! Из особенностей предлагаемого С. Н. Мосоловым алгоритма как раз видна явственная нозологическая разнородность обсессивно-компульсивного расстройства.

При тяжелых двигательных навязчивостях часто уже с самого начала ясно, что необходимо сразу начинать с внутривенного введения кломипрамина, или даже с электро-судорожной терапии (“четвертого этапа”), не дожидаясь прописанных в алгоритме 6 – 8 месяцев. Хорошо известна высокая результативность психо-хирургических операций (Э. И. Кандель). Утверждение о “наибольшей эффективности правосторонней префронтальной повторной транскраниальной магнитной стимуляции” очень сомнительно.

Сама идея стандартизации должна быть всесторонне обсуждена со всеми ее положительными и отрицательными сторонами, иерархией оснований для тех или иных шагов, превентивными мерами при наличии соответствующих рисков. Необходимо отчетливое сознание, что приоритетной остается традиционная классическая индивидуализация терапии.

Стандартизация терапии, в отличие от стандарта мер и весов, представляет не строго фиксированные параметры, а достаточно широкий диапазон, вмещающий индивидуальные вариации по многим измерениям. Таким образом, **стандартизация обслуживает принцип индивидуальной терапии, а не противостоит ему**. В противном случае это стало бы воплощением прокрустова ложа. Но стандартизация иницирована потребностями расчета стоимости необходимых товаров и услуг в контексте конкретных условий места и времени с учетом непредвидимых обстоятельств, в расчете на страховую медицину. Протагонистами понятий “стандарт” и “стандартизация” являются понятия “шаблон” и “шаблонизация”. “Шаблон” как раз соответствует прокрустову ложу, а его массовая редакция — конвейерному методу.

Предлагаемый алгоритм игнорирует синдромально-нозологический принцип, обеспечивающий эвристичность терапевтической тактики и приоритетность индивидуализации терапии, навязывая одинаковую последовательность терапии для всех случаев.

¹ Отклик на “Алгоритм биологической терапии ОКР” на сайте РОП.

Экспансия индуктивного подхода на примере тревожно-депрессивных расстройств

Ю. С. Савенко

В работе показывается, что в основном корпусе фармакотерапевтических публикаций, обобщенных в итоговой работе проф. С. Н. Мосолова, относительно терапии тревожно-депрессивных расстройств и их коморбидности, стирается различие психотических и непсихотических расстройств, психотические депрессии сопоставляются с непсихотическими тревожными расстройствами, а сами исследования проводятся на смешанных тревожно-депрессивных состояниях, а не мономорфных депрессивных и тревожных синдромах.

При этом неправомерно отождествляются понятия синдрома и кластера, а также коморбидность нозологических форм и синдромальных структур.

Во всем этом усматривается причина утверждений о “малопродуктивности” клинико-психопатологического метода, который фактически вытеснен шкалами, исследованиями только на больших выборках и т.п. вместо параллельно проводимых индивидуальных исследований феноменологическим методом на малых выборках.

Ключевые слова: коморбидность депрессии и тревоги, терапия тревожно-депрессивных расстройств, методология доказательной медицины

Экстраординарность работы проф. С. Н. Мосолова “Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия” (С. Н. Мосолов (ред.) “Биологические методы терапии биологических расстройств”. М., 2012, с. 703 – 748) буквально заставляет обсудить ее в разделе “Актуальные проблемы психиатрии”, а не в “Откликах и рецензиях”. К этому побуждает принципиальный характер целого ряда расхождений с автором. С. Н. Мосолов, один из лидеров психофармакологического направления в нашей стране, заслуженный автор множества широко известных монографий, нарушает целый ряд основных требований, предъявляемых к научным исследованиям, даже тот, под знаменем которого выступает — **приоритет клинического подхода при психофармакологических исследованиях**. А это действительно самое сильное преимущество отечественной психофармакотерапии, в полной мере проявившееся в школе проф. Григория Яковлевича Авруцкого.

Автор признает, что следует отличать нормальные эмоциональные реакции тревоги и депрессии, которые называет простыми (первичными), от “тяжелых патологических состояний (заболеваний)”, но тут же, рассматривая эти “патологически измененные аффекты” как “основные психопатологические феномены, не связанные прямо со стрессовыми факторами”, называет только “рекуррентную депрессию и тревожные (невротические) расстройства”. Тревога, таким образом, рассматривается как “пограничная психическая патология”. И далее, на протяжении всего текста, **тревожные состояния фигурируют фактически только как невротические**, тогда как рассматриваемые им же тревожные депрессии представляют психотический уровень как депрессии, так и тревоги. Тем самым автор игнорирует огромную литературу, посвященную тонким феноменологическим разра-

боткам психопатологии тревожных и депрессивных расстройств. Вместо этого он ссылается на единственный источник — “Основы теоретической психологии” А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского (1998), в котором речь идет о патопсихологическом аспекте непсихотических тревожных и депрессивных состояний. **Различие патопсихологических и психопатологических аспектов, так же как психотических и непсихотических автором стирается**. В результате он даже использует дефиниции тревоги и страха из этой книги, а не классиков психиатрии, прежде всего Курта Гольдштейна, обосновавшего выбор терминов: Angst — для бессодержательной психотической тревоги или страха, и Fürcht — для содержательной непсихотической тревоги или боязни. Именно так следует переводить эти термины вопреки существующей в литературе путанице, в значительной мере связанной с неразличением этих понятий З. Фрейдом, впервые описавшим Angstneurose, которому К. Вернике противопоставил Angstpsychose.

Обсуждаемая работа С. Н. Мосолова — одна из большого цикла по биологическим методам терапии психических расстройств, но по затронутой проблеме носит законченный характер. В аннотации автор обещает рассмотреть проблему коморбидности тревожных расстройств и депрессий (эпидемиологию, клинику, диагностику, патогенез, терапию и теорию) и “*детально изложить современные фармакотерапевтические подходы при лечении отдельных диагностических категорий тревожно-депрессивных состояний*”. Автор по большей части избегает слов “болезнь” и “синдром”.

Я занимаюсь этой проблемой 50 лет, и первое славное 10-летие отдела терапии психических заболеваний Московского НИИ психиатрии прошло на

моих глазах. Клинический подход был поставлен там на высоком уровне.

Между тем, автор предпочел ограничиться упрощенным подходом DSM-IV и ICD-10, предназначенным для статистических целей, хотя в научных исследованиях следует использовать более дифференцированные научные версии. Но С. Н. Мосолов говорит об этих классификациях как некоем новом слове, новом направлении, более продвинутом, чем нозологический подход отечественной психиатрии.

Определение структуры тревожного синдрома автором (с. 710) выглядит, мягко говоря, крайне обедненным — все феноменологические разграничения игнорируются. Согласно С. Н. Мосолову структура тревожного синдрома складывается из:

1. субъективного симптома тревоги;
2. поведения, направленного на устранение ситуации, вызывающей тревогу;
3. вегетативной и соматоформной симптоматики.

Второй пункт лишний раз указывает, что речь идет о непсихотической тревоге. Правда, такого рода структура доступна не только терапевту, но любому непрофессионалу. Представление С. Н. Мосолова о *“пересечении симптоматики депрессивных и тревожных синдромов”* (рис. 1, с. 711) с полной наглядностью показывает, что он, как и подобранные им авторы, **исследовали смешанные тревожно-депрессивные синдромы, а не мономорфные синдромы** — классический меланхолический (тоскливой депрессии) и психотической тревоги.

Игнорирование выделения для исследования мономорфных синдромов, а также психотической тревоги, не говоря уже о феноменологическом методе и многочисленных вкладах феноменологического направления в эту проблематику, не могло не завершиться скудным выводом. Между тем такого рода разграничения практически очень важны для индивидуализации терапии и определения суицидального риска.

Текст состоит из серии нерубрифицированных фрагментов, написанных в соответствии с излагаемыми литературными данными с разных позиций, оставляя неопределенность в отношении наличия у автора собственной гипотезы, которую бы он проверял. Первоначально всё написано (до с. 710) так, словно психотической тревоги вообще не существует (в МКБ-10 ее действительно нет), потом она неожиданно формально признается, хотя остается непонятным, чем она отличается от “невротической”. Разве что *“рядом параметров”*, таких как *“собственно психотические переживания (острая деперсонализация, лиссофобия, танатофобия)”* (с. 712). Довольно экзотическое мнение. Автор явно **смешивает проблему коморбидности нозологических форм и синдромальных структур**, вопреки тому, что сам термин “ко-морбидность” (Feinstein, 1970) обозначает частое (излюбленное) сочетание у одного больного в определен-

ный период времени двух или более психических расстройств разной этиологии. Но существует большая разница, идет ли речь о нескольких психических заболеваниях или нескольких синдромах, или заболевании и определенной патологической почве (психопатии, измененной личности, органическом или врожденном дефекте). Автор говорит о коморбидности синдромов, постоянно смешивая это с коморбидностью болезни, что является наиболее адекватным использованием термина ко-морбидность. Это новый термин для старой проблемы “комплицированных” или смешанных психозов. Последний термин неверен, как обосновал еще А. Кронфельд, так как речь идет не о смешении, а комбинировании и структурном преобразовании. Это происходит из-за исходного не критического отношения к DSM-IV и МКБ-10, где наряду с нозологическими рубриками присутствуют и симптоматологические.

С. Н. Мосолов **неправомерно отождествляет понятия синдрома и кластера**. Одна из фундаментальных ошибок этих сугубо статистических классификаций, что они отказались от синдромологического подхода, от понятия синдрома как такового, подменив его понятием кластера. Это произошло в силу того, что на момент создания этих классификаций два десятилетия назад в распоряжении консультантов-математиков имелся готовый математический аппарат кластерного анализа, который и был использован. Так, математика, вместо следования за спецификой предмета исследования, навязала ему свой готовый аппарат. В результате создание профессиональной классификации — средоточие теории предмета — было подменено чисто статистической, формальной процедурой, под совершенно верными исходными принципами атеоретичности естественной классификации. МКБ-10 оказалась половинчатой, объединяющей два этапа квалификации — синдромологический и нозологический — в один¹.

Автор оперирует многочисленными зарубежными источниками, не считаясь с тем, что почти все они касаются непсихотической тревоги (преимущественно в общей практике), не делая различия между характерологическим, “невротическим” и психотическим уровнями аффективной дезорганизации, вопреки их качественному различию с последним. Объединяя в своем обсуждении разнородные работы, автор приходит к сакраментальному выводу, что *“можно поставить вопрос о гетерогенности тревожных состояний”*. Таких трюизмов довольно много. Перепроверять общепринятое, конечно, надо, но используя фе-

¹ Предложение о необходимости двухэтапности этой процедуры в МКБ-11, выражающее традиционную позицию отечественной психиатрии, было послано от имени академика А. С. Тиганова, профессора Н. Г. Незнанова и меня в ВОЗ. Но реальные возможности для этого, как уже видно, созрели только к МКБ-12.

номенологический метод, а не только индуктивный, как это делает автор.

Удивляет “логика” автора: “*Прогресс и определенная мода применения той или иной группы лекарственных средств всегда оказывали заметное влияние на диагностические предпочтения. Так, высокая эффективность бензодиазепинов при тревожных (невротических) расстройствах, но не при депрессиях, в 70-е годы прошлого века фактически закрепляла клиническую дихотомию невротических и аффективных психозов (эндогенных депрессий), имеющую свои корни в клинической европейской психиатрии (Roth M. с соавт., 1972; Russoff B. A., Klerman G. L., 1974). Это на долгие годы предопределило и ригидные терапевтические установки о назначении антидепрессантов исключительно при депрессиях, а накапливающиеся данные об их эффективности при тревожных и соматоформных расстройствах интерпретировались в основном как воздействие на гипотетическую (маскированную, ларвированную, вегетативную и др.) депрессию с последующей редукцией ее фасадных проявлений — невротоподобной, соматоформной и др. симптоматики. Лишь введение в практику СИОЗС с широким диапазоном антидепрессивного, анксиолитического и антифобического эффектов изменило эту ситуацию и позволило снова говорить о континуальной модели расстройств тревожно-депрессивного спектра*” (с. 722 – 723).

Фактически неверно утверждение, что “*лишь введение в практику СИОЗС ... позволило снова говорить о континуальной модели расстройств тревожно-депрессивного спектра*”. Никто никогда не оспаривал континуум тревожных и депрессивных состояний, он всегда был клинически очевиден: “смешанные тревожно-депрессивные состояния” намного чаще встречаются в клинической практике, чем мономорфные типы. Дисконтинуальность утверждалась лишь в отношении психотического — непсихотического уровня дезорганизации. Но не в смысле непроходимой границы, а качественного преобразования психопатологической картины. Автор явно исходит из приоритетности используемых фармакопрепаратов, а не (вопреки собственным декларациям) клинико-психопатологической картины, психотического или непсихотического уровня тревожно-депрессивных или депрессивно-тревожных состояний.

Давно выяснившаяся и очередной раз обоснованная в 70-е годы необходимость учитывать при терапии аффективных психозов преобладание депрессивной или тревожной симптоматики, как на непсихотическом, так и на психотическом уровне не была поколеблена новыми поколениями психофармакологических средств.

Действенность СИОЗС на непсихотические тревожные и депрессивные состояния никак не изменила эти клинические представления, она свидетельствует лишь о более широком спектре действия этих препа-

ратов в сторону состояний непсихотического спектра, но более слабую в отношении состояний психотического спектра. Терапевтической модой, на которую ссылается автор, являются его собственные и многих других авторов попытки преувеличить преимущество СИОЗС за счет снижения роли трициклических антидепрессантов, о выразительной полярной действенности которых (имипрамин — amitриптилин) он даже не упоминает. Проблема ангажированности ответов на такие вопросы может решаться только реально независимыми экспертами.

Проблему коморбидности автор усматривает в вопросе “*являются ли тревога и депрессия независимыми или перекрывающимися синдромами?*” Автор совершенно неверно формулирует позиции противостоящих друг другу концепций — “унитарной” (депрессивные и тревожные синдромы различаются лишь количественно), “плюралистической” (тревога и депрессия — совершенно различные расстройства) и “3-ей позиции” (“смешанные тревожно-депрессивные состояния — самостоятельное расстройство”).

Вопрос — существуют ли мономорфные, меланхолические и психотические тревожные синдромы — беспочвенен, так как это клиническая реальность.

Вопрос — существует ли патогенетическое различие тревожных и депрессивных расстройств — должен изучаться, прежде всего, на мономорфных психотических синдромах, — в этом и состоит примат клинико-психопатологического подхода. Между тем, автор обсуждает множество разнородных непсихотических тревожных состояний, сопоставляя их с психотическими депрессивными состояниями и всякий раз на смешанных состояниях с преобладанием то ли тревоги, то ли депрессии.

Выделение и изучение мономорфных синдромов важно, прежде всего, для осмысленного отношения к структуре “смешанных” (правильнее — комбинированных) состояний, ее более тонкой дифференцированности и градации на этой конкретной психопатологической почве. Это путь к возможности выяснения иерархии клинической значимости внутрисиндромальных характеристик вместо чисто количественного подхода унитарной концепции. В этом существово двумерной концепции (мания — депрессия; тревога — апатия)².

Также неверно С. Н. Мосолов, следуя позитивистски ориентированным авторам, противопоставляет “категориальный” и “димензиональный” (континуальный) теоретические подходы, тогда как следует во всем идти от сочетания феноменологического (в редакции К. Ясперса) подхода и традиционного индуктивного, с приматом первого, который автор полно-

² Савенко Ю. С. — “Неадекватность унитарной концепции депрессивного синдрома”, НПЖ-II, 2011, с. 18 – 22; Савенко Ю. С. — “Тревожные психотические синдромы” (Автореферат докторской диссертации. М., 1974).

стью игнорирует. Теоретические предпочтения диктует реальный клинический материал, а не наоборот.

Очень характерно, что С. Н. Мосолов ссылается на 17 отечественных источников, которые все посвящены непсихотическим тревожным состояниям, и 179 зарубежных, преимущественно таких же. Современная компьютеризация дает возможность легко умножить и это число, но это не увеличило бы доверия к исследованию, которое избирательно относится даже к литературным источникам. Впрочем, автор ни разу не сослался на 80 из указанных иностранных источников. Такая небрежность, здесь, безобидная, к сожалению, характерна и для содержательной части работы, по прочтении 45 страниц которой испытываешь разочарование. Сделанные выводы были изначально бесспорными.

Разве что поспешное желание охватить всё привело к непростительному нарушению общепринятых правил: тенденциозному подбору литературы (игнорированию всего массива феноменологических работ), неадекватной формулировке оспариваемых представлений, смешению трёх различных значений понятия “коморбидность”, нарушению принципов компаративистики и т.д.

Или это не входит в принципы доказательной медицины?

Но некоторые из “небрежностей” в этой огромной на 1076 страниц книге, вышедшей под редакцией С. Н. Мосолова, даже устрашают. Так, в работе, открывающей 3-ий раздел, “Терапия тревожных расстройств” — *“Современные тенденции в терапии тревожных расстройств: от научных данных к клиническим рекомендациям”* читаем (с. 746): *“Эффективность трициклических антидепрессантов в лечении большинства тревожных расстройств хорошо доказана главным образом для имипрамина и кломипрамина (см. ссылки по отдельным расстройствам). Применения трициклических антидепрессантов следует избегать у пациентов с риском самоубийства из-за их потенциальной кардио- и ЦНС-токсичности при передозировке (D. Nutt, 2005)”*. Трудно поверить, что автор врач-лечебник, а не небрежный компилятор. Почему вместо amitriptилина назван имипрамин, хотя и 30 лет назад это было строжайшим противопоказанием при тревожных синдромах, нарушение которого ведет к суициду? А ведь мне уже приходилось публично возмущаться на последнем съезде РОП такой же ссылкой молодого докладчика из ГНЦ им. В. П. Сербского на предложение лечить тревожные состояния имипрамином на заседании под председательством С. Н. Мосолова.

Неверно выделять какой-то один препарат в качестве наиболее эффективного, как это делает автор в отношении клозапина. Разные препараты могут быть более эффективными в каком-то определенном конкретном отношении, но за счет чего-то, например,

худшей переносимости, что открывает разнообразие выбора.

Изложенные здесь критические замечания на примере тревожно-депрессивных расстройств не являются ни случайными, ни новыми для адресата. В 2010 г. он поместил краткий обзор взглядов на природу шизофрении в “Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова” № 6, в котором открыто солидаризировался с позицией, противоположной для отечественной психиатрии. Удивительным образом это не стало предметом дискуссии или отпора ни в журнале “Социальной и клинической психиатрии”, ни в Журнале им. С. С. Корсакова, который поместил работу С. Н. Мосолова в качестве передовой.

Между тем, в ней достаточно определенно говорится об *“относительной беспомощности клинического подхода”*, неинформативности психопатологической симптоматики, в первую очередь, позитивной, в частности симптомов первого ранга Курта Шнайдера и т.д. и т.п. При этом С. Н. Мосолову не приходит в голову, что все дело в тонкости и адекватности клинко-психопатологического метода, в использовании феноменологического метода в традиции К. Ясперса, а не догуссерлевской эпохи, в принципиальном различии методологического аппарата, опоре только на большие выборки и философской ориентации, позитивистской и пост-позитивистской у цитируемых авторов и совершенно другой у Курта Шнайдера, опиравшегося на критическую онтологию Николая Гартмана. Игнорируется ключевое положение “Общей психопатологии” Ясперса следовать обоими путями — индивидуальным в малых выборках и статистическим в больших выборках, т.е. феноменологическим и индуктивным. Но феноменологический метод не терпит предвзятости, торопливости, упрощений и небрежности. Рисуемая С. Н. Мосоловым картина когнитивных нарушений при шизофрении показывает его далекость от этой проблематики. Все это, а также избирательное отношение к литературным источникам не вызывает доверия и к его генетическим, и другим экскурсам.

С. Н. Мосолов слепо следует за популярным, но очень уязвимым и неадекватно названным разграничением **категориального подхода** (с четкими дискретными границами качественно самостоятельных и якобы *“искусственно выделенных диагностических категорий”*), порождающих *“искусственную проблему коморбидности”* или *“выделение сомнительных переходных клинических категорий”*) и **димензионального подхода** (континуум *“широкого спектра шизофренических расстройств с перекрытием симптоматики с аффективными или обсессивно-компульсивными расстройствами, а также с шизотипическим личностным расстройством, плавно переходящим в шизоидию с шизотаксическими нарушениями, нередко встречающимися в общей популяции”*, *“варьирующим в своей интенсивности и поддающимся измере-*

нию»). Этот последний подход якобы “лучше описывает многообразие клинических проявлений, хотя стирает классификационные границы”.

Эта тенденциозно поданная альтернатива фактически неверна по многим позициям. Хорошо видно, что это разграничение — прямое следствие собственной методологии, работы исключительно с большими выборками и по-элементным подходам вместо структурно-динамических целостностей. Фактически это старая альтернатива нозологии и единого психоза, концепции Адольфа Майера, но наиболее узнаваемо — Роберта Гауппа и Эрнста Кречмера.

Существо этого деления состоит в противопоставлении качественного и количественного, а также дискретного и континуального подходов, тогда как продуктивнее, в силу большей конкретности, говорить о различии феноменологического и индуктивного подходов.

“Основным критерием истины, — утверждает С. Н. Мосолов, — будут служить нейробиологические исследования, которые уже в ближайшем будущем должны показать, какой из подходов имеет биологическую основу” (!). Никто не отрицает биологической основы, без нее — это не медицинская проблема. Но одних биологических факторов мало, прямая связь “дофамин — психоз” или “дофамин — генетический диатез — психоз” — наивное квазиобъяснение. Антропологический, личностный подход совершенно чужд автору.

Утверждать, как это делает С. Н. Мосолов, что “пока очевидно, что дименсиональная модель лучше чем категориальная согласуется с полигенной системой наследования при шизофрении”, все равно, что сказать, что безразмерная модель лучше подходит, чем серия различных одномерных. Но не только в теории, во всех сферах практической жизни такого рода подходы — дискретный и аналоговый — сосуществуют, дополняют друг друга, сочетаются, а не противопоставляются.

И уже совершенно неверным является утверждение, что “мультименсиональный подход позволяет более эффективно подобрать эффективную фармакотерапию”. Словно кто-либо утверждает, что ее мишенями являются нозологические единицы или что выбор терапии осуществляется однажды навсегда.

И далее: “опора на психопатологическую (позитивную) симптоматику является малоперспективной и даже ошибочной парадигмой в расшифровке этиопатогенеза шизофрении”. Наоборот, именно клинико-психопатологическая картина, разумеется, непредвзято целостно и структурно описанная, представляет интегральное выражение этиопатогенеза, а не дофаминовая или любая подобная узкобиологическая концепция. Однако, С. Н. Мосолов не критично повторяет за цитируемыми авторами, что “дофамин

преобразует нейтральный бит информации в эмоционально окрашенную мотивационную реакцию” — “приоритезирует” придание особого значения чему угодно. “Любую продуктивную психопатологическую симптоматику при шизофрении можно объяснить этим феноменом”. Утверждение, что “достаточно специфических нейронных механизмов”, пожалуй, наиболее ясно показывает, как превратно авторы таких заявлений представляют себе психическую деятельность человека. Они не видят, что информационный подход является для психиатрии малопродуктивным сверхобобщением, диаметрально противоположным основным задачам нашего предмета — максимально конкретной индивидуализации диагностики и лечения.

Хотя эта работа носит характер обзора и отражает современное состояние основного направления фармакотерапевтических публикаций, очевидным образом методологически уязвимых, критическая позиция автора по отношению к ним явно слабее, чем в адрес традиционных отечественных представлений.

Между тем, априори ясно, что любая нейрофизиологическая или биохимическая концепция шизофрении будет носить неспецифический характер. Поэтому обнаружение неспецифичности дофаминергических механизмов при всех психозах было ожидаемым, а сомнения относительно нозологической самостоятельности шизофрении на этом основании в высшей мере наивны.

Безуспешный поиск “специфических причин, симптомов, течения и терапии заболевания, а также каких-либо генетических, морфологических, нейрохимических и других биологических маркеров” — давно пройденный этап по-элементного подхода. Необходимо оперировать целостными констелляциями этих и многих других характеристик.

В этом тексте С. Н. Мосолов не делает основного вывода из приводимых им же красноречивых данных четырех масштабных исследований, независимых от фармацевтических корпораций, которые показали примерно одинаковую эффективность нейролептиков разных поколений разных фармакологических групп, хотя — как нам известно — он давно сделал такой вывод на практике активным обогащением арсенала средств своего отдела биологической терапии нефармакологическими методами.

Наконец, в данных текстах не интегрированы собственные исследования автора, убедительно показывающие на примере шкалы PANSS, насколько опасно полагаться на одни шкалы, на узкое понимание “доказательной медицины”.

Изложенное ясно показывает, на каком распутье оказываются исследования в области психиатрии, ограничивающиеся индуктивным подходом.

Сенестопатический компонент синдрома психического автоматизма

И. Д. Даренский¹, Ю. Е. Горбунов²

Обширные расстройства восприятия тактильной модальности при синдроме психического автоматизма свидетельствуют о наличии его сенестопатического варианта. Сенсорный компонент синдрома позволяет проводить дифференциальную диагностику между шизофренией, при которой ощущения вычурнее, разнообразнее и менее красочны, и органическими психозами, когда ощущения красочнее, чувственнее и конкретнее.

Ключевые слова: синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо, сенсорные автоматизмы, сенестопатический автоматизм, нозологические особенности синдрома психического автоматизма

ВВЕДЕНИЕ

К основным составляющим синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо (СПА) относятся высшие психические автоматизмы (ассоциативные или идеаторные), чувствительные (сенсорные или сенестопатические) и моторные (двигательные или кинестетические) [1; 7]. Именно сенсорные расстройства являются наиболее сложным компонентом синдрома как с теоретической, так и с практической точки зрения. Большинство авторов считают характерными признаками псевдогаллюцинаций отсутствие сенсорности, тесную связь с мышлением (представлениями), а не чувственной (перцептивной) сферой.

Вполне понятно отрицание авторами сенсорности псевдогаллюцинаций, что значительно упрощает их дифференциацию от идеаторных автоматизмов. Однако, совершенно очевидно, что существуют и сенсорные автоматизмы. Об этом свидетельствует и описание насильственно вызываемых неприятных ощущений уколов, жжения, раздражения электрическим током, насильственных акты совокупления, онанизирования в рамках СПА у больных (Н. М. Попов, 1885). Различные алгии, парестезии, сенестопатии G. Clerambo (1927) относил к чувственному автоматизму. Явления неприятных насильственных ощущений рассматриваются как галлюцинации “гиперестетического вида” (В. П. Осипов, 1923). Тягостные телесные ощущения (жжения, холода, давления, полового возбуждения и др.), сопровождающиеся чувством воздействия, относят к *сенестопатическим автоматизмам* [3; 6]. Сенестопатический автоматизм заключается в том, что разнообразные тягостные ощущения в различных частях тела у больного возни-

кают особым образом, непроизвольно, помимо его воли, под влиянием внешних воздействий. В таких случаях больные утверждают, что посредством каких-то аппаратов, космических лучей, магических воздействий им причиняют боль, прижигают, раздирают, охлаждают.

Именно сенсорные автоматизмы иной модальности (тактильные, осязательные обманы чувств и сенестопатии) в рамках СПА недостаточно описаны. Характер сенсорных нарушений больных с синдромом психического автоматизма, являясь наименее изученной областью рассматриваемого синдрома, может служить дополнительным диагностическим и прогностическим критерием.

Имеются отдельные указания на нозологические особенности СПА. Так, развёрнутый вариант СПА считают нозоспецифичным по отношению к шизофреническому процессу [3; 10]. Причем для шизофренического процесса, в отличие от органического, характерны синдромы с вербальными, а не зрительными психопатологическими феноменами. Органическая почва определяет превалирование галлюцинаторной симптоматики над бредовой, а также приводит к переходу от псевдогаллюцинаций к истинным галлюцинациям. Тактильный галлюциноз с ощущением ползания насекомых, червей, микробов по коже и под кожей и прикосновения к половым органам отмечается при психозах позднего возраста, при органическом поражении центральной нервной системы.

Отмечено и прогностическое значение сенсорного компонента СПА. Бред отравления имеет большую криминогенную важность, когда сформирован на основе сенестопатий и акустических псевдогаллюцинаций, имеет и наименьшую — на основе вкусовых и обонятельных галлюцинаций [2].

Нами были предприняты клинические исследования для выявления доли осязательных ощущений и их диагностического значения в структуре СПА. Мы стремились сопоставить характер клинических особенностей синдрома, его типологию с характером

¹ Д.м.н., профессор факультета послевузовского профессионального образования врачей Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова.

² Врач-психиатр Московской психиатрической больницы № 13.

Таблица. Ощущения у больных с СПА.

Содержание ощущений	Число больных
Голоса в голове	20
Чужие мысли	86
Раскрытие своих мыслей	74
Боли	39
Раздвоение мозга	14
Физическое ощущение мозга	36
Пустота в голове	92
Замещение мозга другим веществом	8
Ощущение работы мозга, движения мысли	28
Действие лучей	46
Яркие видения	10
Чувство предвидения и познания сути бытия	6
Прочие неприятные ощущения в голове	68
Манипуляции над мозгом и черепом	34
Воздействия и манипуляции с телом	12
Голоса со стороны	34
Нарушения собственного Я	29

сенсорных нарушений больных, являющихся несомненной принадлежностью синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПИСАНИЕ МНОГООБРАЗИЯ ОЩУЩЕНИЙ

Нами обследовано 100 больных различными психическими заболеваниями, которых объединяло наличие СПА с явлениями сенестопатического автоматизма в клинической картине. Из них 43 больных имели диагноз шизофрения, 12 — травматический психоз, 38 — органическое поражение нервной системы и 7 — эпилепсия. Исследования проводились среди больных обоих полов в возрасте от 18 до 40 лет с давностью заболевания от 5 до 10 лет.

В ходе исследования внимание обращалось преимущественно на сенсорный компонент в переживаниях больных с СПА. При этом обнаружены самые причудливые ощущения со стороны головы (таблица).

Больные, слышащие голоса в голове, как правило отмечают возникновение там и чужих мыслей (92%). Больные ведут мысленный диалог с диктором, происходящий как “симфонический концерт — звучит музыка и возникают мысли”. Редко бывает наоборот — не всегда привнесение чужих мыслей в голову происходит наравне с появлением голосов (24%). Здесь же следует отметить, что внушенные мысли могут возникать в любых областях черепа и распространяться во всех направлениях с одинаковой частотой, но преимущественно в лобную и теменную часть черепа (73%).

Но и без наличия голосов в голове и внесения чужих мыслей у больного с СПА может иметь место

чувство открытости: “мысли отнимаются, не успевают возникнуть”, или “мысли вытекают и не удержать их”.

Речедвигательные галлюцинации Ж. Сегла проявляются в том, что посторонняя сила заставляет больных рассказывать, т.е. раскрывать собственные мысли посредством артикуляционного аппарата (30%): “аленький язычок и середина языка дергаются в такт голосам, возникающим в голове”, или больной “начинает против своей воли выкрикивать то, что говорят голоса”.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ОТЛИЧИЯ

Сопоставление сенестопатий у больных с разными заболеваниями позволило обнаружить и нозологические отличия сенестопатических автоматизмов. Сенестопатические автоматизмы при различных заболеваниях отличаются тем, как часто они встречаются, как начинаются, на какой стадии болезни мы чаще находим эти расстройства, как долго они продолжаются и как связана с внешними событиями их выраженность.

Больные постоянно обращают внимание на работу мозга, над чем вообще обычно в норме не задумываются. Эти неотступные ощущения мешают им в повседневной жизни и прежде всего в осмыслении внешних впечатлений. Самим этим ощущения крайне тягостны и неприятны.

При этом субъективные сенсорные переживания больных шизофренией не имеют четкости и образности. Замечено, что для больных представляет наибольшие трудности описать имевшее у них место ощущение работы своего мозга. Отчеты больных шизофренией о своих ощущениях трудно понять, как трудно понять и то, что чувствуют эти люди, потому что они не совпадают с нормативными ощущениями здоровых лиц. Больные “ощущают работу мозга, как приливы и отливы: приходит спад деятельности, потом прилив, тогда и ощущается работа мозга, но она бесшумна”.

Наблюдается необычайное разнообразие проявлений сенсорного автоматизма у разных больных и разнообразие в отдельные периоды течения заболевания у одного и того же больного. Прежде всего это можно сказать об особенностях слуховых псевдогаллюцинаций, которые чаще наблюдаются именно при шизофрении. В одних случаях голоса слышатся в каком-то отделе головы без того, чтобы больной мог себе представить, как они могли там возникнуть (60%). Больные говорят, что они “узнавали все из ада в голове, прослушали много, но не могут в двух словах все рассказать”. Больные “слышат мозгом, но не могут объяснить как, ... просто мне вешают нехорошие мысли в голову”. Следует согласиться с мнением авторов, что “это больше интерпретация расстройств высвобождающейся в болезни протопатической чувствительности” (Каменева Е. Н., Кудинов А. И. 1940) [].

Из малых автоматизмов весьма характерно для обследованных больных просто отсутствие мыслей в голове на какой-то период времени (90%). Больные описывают это так: “после обеда и принятия лекарства в голове абсолютная пустота, что бывает даже приятно”. Впрочем, обычно не наблюдается изменения интенсивности указанных сенсорных расстройств в зависимости от внешних воздействий.

Клиническая этапная динамика отличается тем, что на начальном этапе заболевания более выражены расстройства восприятия, и постепенно на следующем этапе преобладает их бредовая интерпретация. Такая последовательность объясняет источник возникновения автоматических психических явлений и обманы чувств.

Бредовые построения начинаются с того, что окружающий мир воспринимается больным так, словно все события взаимосвязаны. Все происходящее относится больным к себе, каждое событие касается его лично и направлено на него. Самые нереальные события имеют к нему отношение. Все воспринимается как давно запланированное и состоявшееся, и не связанное с текущим временем. Больной постепенно полностью включается в бредовый сценарий, в котором важна каждая деталь переживаний. Сама по себе такая оценка происходящего приводит его к уверенности сделанности всех ощущений.

Реальные события как бы становятся менее актуальными и существуют отдельно. В это же самое время навязанные ощущения, видения, голоса и действия составляют отдельный мир переживаний. В этом обстоятельстве можно усмотреть приложение понятия “психическое расщепление”.

Своеобразная эмоциональная реакция больных на сенсорные расстройства. Эти направленные на больных воздействия окружающего мира начинают раздражать их. Совместное проживание с реальными людьми и в реальной обстановке также становится крайне утомительным.

В противоположность этому для больных экзогенно-органическими психозами свойственен преимущественно конкретно-чувственный характер субъективных переживаний. Ощущения больных с органическим поражением головного мозга более приземлены, если можно так сказать. Круг сенсорных расстройств проще, уже и стабильнее. Больные твердо уверены или же непосредственно ощущают то, как, в какой части мозга и кем вызываются голоса (40%), четко указывают локализацию и принадлежность голосов: “голоса были в центре головы и принадлежали мужчинам”.

Больные говорят не только об источнике и способе воздействия, но и весьма красочно описывают те ощущения, которые возникают у них в голове, как результат постороннего влияния. Так, больные отмечают ощущения “будто через голову проходят множественно радиоволн или ощущается только одна волна, ...

при этом приходит растерянность и становится невозможно собраться с мыслями”. Больные с диагнозом “травматическая эпилепсия с судорожными припадками и сумеречными состояниями, протекающая с синдромом психического автоматизма” говорят о “вспыхивании и ломоте в месте ушиба, покальвании и свисте в висках изнутри, плавном отделении и переливании мозговых клеток между теменем и висками”.

Из малых автоматизмов весьма характерно для обследованных больных наличие чувства пустоты в голове, иногда чисто физическое, с ощущением замещенности мозга другим субстратом (10%). Возникает физическое ощущение собственного мозга (36%) или ощущение его раздвоения (14%). Больные могут ощущать в голове даже самые разнообразные предметы (25%), например больные могут ощущать “в голове черные соски, которые видятся внутри головы при закрывании глаз”. Кроме вышеописанного у обследованных больных возникали самые разнообразные неприятные ощущения в голове (68%). У больных “...колышется, дышит мозговая оболочка в лобной, височной доле и темени, что-то давит изнутри на кость...”.

Усиление указанных сенсорных расстройств провоцируется внешними воздействиями, наподобие симптома Ашаффенбурга при алкогольном делирии. Болезненные ощущения отличаются стойкостью и после прекращения бреда воздействия не исчезают, после дезактуализации бреда по-прежнему продолжают отмечать неприятные ощущения. Навязанные ощущения, видения, голоса и действия тесно переплетаются с реальными событиями.

Психопатологическая картина расстройств СПА у каждого из наблюдавшихся больных позволяет также делать прогноз течения заболевания и в этом отношении отнести их к двум группам. Это группы больных со скудной симптоматикой и больные имеющие богатую и разнообразную, пеструю клиническую картину, в том числе отмечающих голоса внутри головы. Последнее дает основание с уверенностью строить прогнозы и говорить будет ли у больного обилие субъективных переживаний и ощущений в пределах головы или же эти переживания будут весьма скудны, лишь установив предварительно факт существования ощущения голосов внутри головы.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Бредовые переживания СПА представляются компенсаторными образованиями, призванными объяснить происхождение сенсорных расстройств и тем смягчить эмоциональное напряжение. Как бы логически понятно, что больные, воспринимающие чуждыми отдельные части своего тела и ощущения, делают вывод, что отдельные части тела присоединены к ним извне, а ощущения привносятся кем-то. Тогда им представляется, что они утратили контроль над своим

телом так же, как частично утратили контроль над своими мыслями. Больные чувствуют себя автоматами, управляемыми на расстоянии или ощущают, что в их голове помещен какой-то механизм.

Труднее понять происхождение идеаторных и сенестопатических автоматизмов, вкладывание мыслей, слуховых псевдогаллюцинаций. Можно согласиться с авторами, что идеаторные автоматизмы, вкладывание мыслей, слуховые псевдогаллюцинации — это собственный голос пациента, внутренняя речь пациента, озвучивающая его мысли, но потерявшая связь с его собственным Я, произнесение субвокально “голосом сознания” собственных мыслей или т.н. “петля артикуляции” (Бедли А., Хич Г.) [8].

При ответе на вопрос, почему сенсорные переживания четче и ярче при органическом поражении головного мозга, следует вспомнить, что истинные галлюцинации и иные чувственно яркие переживания — прерогатива психотических состояний органической природы. При органическом поражении более выражен сенсорный компонент расстройств. То, что круг сенсорных расстройств проще, уже и стабильнее у больных с органическим поражением можно было бы объяснить тем, что патологический процесс у них является застывшим с отсутствием прогрессивности, свойственной шизофрении. Проявления психических нарушений в идеаторной сфере с идеаторными автоматизмами и псевдогаллюцинациями являются прерогативой эндогенных психозов [5].

Переживание ярких сенсорных расстройств с причудливыми болезненными ощущениями, имеющими характер сделанности, позволяет отнести их к СПА. В таком случае можно говорить о выделении сенестопатического варианта СПА по аналогии с “галлюциаторным” и “бредовым” [1], “активным” [4] или “позитивным” вариантами СПА [9]. В свою очередь сенестопатический вариант СПА более характерен для органических психозов.

ВЫВОД

Из приведенных данных можно сделать предварительный вывод, что в рамках СПА часто наблюдаются расстройства восприятия тактильной, осязательной модальности, позволяющие выделить своего рода сенестопатический вариант СПА. Выраженность сенсорных расстройств в рамках СПА является одним из тонких индикаторов психотического состояния. А именно, чем выраженнее активная психотическая симптоматика, тем ярче и красочнее физические ощу-

щения в субъективных переживаниях больных. Прогноз клинической динамики по выраженности сенсорности психических автоматизмов касается выраженности и иных компонентов СПА.

Сенсорный компонент СПА настолько сильно коррелирует с нозологическим диагнозом и прогнозом течения заболевания, что позволяет выносить и диагностические суждения, придавая дифференциально-диагностическое значение СПА. Показатель можно использовать при проведении дифференциальной диагностики между шизофренией и органическими психозами. При органическом поражении головного мозга (травма) ощущения красочнее и чувственнее, конкретнее сенсорно, а при шизофрении — вычурнее, разнообразнее и сенсорно менее красочны.

Кроме того данный клинический параметр является мишенью при подборе лечения. Ввиду диагностической и прогностической важности при недостаточной изученности сенсорные автоматизмы являются целью для дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ануфриев А. К.* Психический автоматизм и синдром Кандинского-Клерамбо: спорные вопросы феноменологии и психопатологии / Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1979; 79(9): 1397 – 1405.
2. *Васильев В. Д.* Бред отравления при шизофрении с синдромом Кандинского-Клерамбо (клиническая и судебно-психиатрическая оценка) / Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1990; 90(7): 71 – 3.
3. *Гулямов М. Г.* Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского. — Душанбе: Ирфон, 1968. — 257 с.
4. *Гулямов М. Г.* О вариантах синдрома психического автоматизма / Журнал им. П. Б. Ганнушкина “Психиатрия и психофармакотерапия” № 4 2012. С. 10 – 13.
5. *Ефремов В. С.* Функциональная асимметрия полушарий мозга в процессе зрительного восприятия у больных шизофренией с продуктивной и негативной симптоматикой / Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1986, 86(1): 97.
6. *Ильичев А. Б.* Синдром психического автоматизма: клинико-семантический анализ высказываний при шизофрении и экзогенно-органических психозах / Сетевое электронное издание / Научно-практический журнал “Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья” / Сетевое электронное издание. № 40, 2 квартал 2010.
7. *Кандинский В. Х.* О псевдогаллюцинациях. — Спб.: Фонд “Содружество”, 2001. 224 с.
8. *Фрит К., Джонстон Э.* Шизофрения: краткое введение. — М.: Астрель: АСТ, 2005. — 204 с.
9. *Хохлов Л. К.* Синдром Кандинского-Клерамбо (психопатология, клиника, нозология) / Автореф. дис. канд. Ярославль, 1966.
10. *Хохлов Л. К.* О клинических границах и нозологии синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо / Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 2. С. 97 – 102.

Некоторые особенности агрессивности у больных шизофренией в первом психотическом эпизоде

А. И. Ерзин¹

В ходе исследования выявлены некоторые особенности агрессивности и агрессивного поведения у больных параноидной шизофренией в первом психотическом эпизоде. К преобладающим формам агрессии в обследованной группе относятся подозрительность, вербальная агрессия и чувство вины. Обнаруженные неосознаваемые агрессивные тенденции как личностные факторы, участвующие в формировании подобной модели поведения, по мнению автора статьи, способны существенно повысить риск возникновения антисоциального поведения. Обоснован диагностический комплекс исследования агрессии у больных шизофренией.

Ключевые слова: агрессия, шизофрения, первый психотический эпизод, склонность к насилию, проективные методы

Введение

Агрессия — столь многогранное явление, что нельзя однозначно утверждать, кроются ее истоки в биологических основах, или же она детерминируется исключительно социальными факторами.

Не менее важный вопрос касается того, насколько феномен агрессии соотносится с понятием нормы и патологии. Проявлять агрессию — означает быть психически нездоровой личностью? Или агрессивное поведение представляет собой вариант нормы и может рассматриваться как естественная модель поведения? В последние годы все чаще появляются данные о совершении жестоких преступлений людьми, страдающими различными психическими заболеваниями [9]. В этой связи раннее выявление предикторов агрессии, вне всякого сомнения, помогло бы предотвратить последствия агрессивных действий лиц с психической патологией.

Актуальность

В зарубежной литературе проблема агрессивности психически больных людей обсуждается широко [1, 4]. В практике специалистов не столь редко встречаются случаи совершения больными шизофренией противоправных действий уже по выходу из острого психотического состояния, а иногда и в состоянии стойкой ремиссии [5, 7 – 10]. Многие исследователи (A. Buchanan, et al. (1993), R. S. Drake, et al. (1991), S. E. Estroff, et al. (1994)) подтверждают наличие корреляции между шизофренией и актами насилия.

Поскольку подобные случаи реально имеют место во врачебной практике психиатров, целесообразнее выявлять причины этих поступков заблаговременно и уделять больше внимания профилактике агрессивных вспышек, нежели иметь дело с последствиями анти-

социальных действий пациентов, которые нередко оборачиваются трагедией [9].

Этот важный с практической точки зрения вопрос требует от профессионалов, работающих с больными шизофренией, разработки новых диагностических подходов, поскольку пациенты зачастую сознательно скрывают от специалистов особенности своего реального поведения.

Целью исследования стало выявление неосознанных тенденций к агрессивному поведению посредством проективных методов, а также анализ основных форм агрессии у больных шизофренией.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 80 больных шизофренией в первом психотическом эпизоде, находящихся на лечении в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 1, в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $29 \pm 3,2$), из них 36 мужчин и 44 женщины. У всех обследованных пациентов была диагностирована параноидная форма шизофрении. Средний возраст дебюта заболевания — 23 года. Все испытуемые в целом были сопоставимы по показателям: образование, семейное положение и род деятельности. В анамнезе обследованных больных наблюдались агрессивные проявления вплоть до применения насилия в отношении к окружающим. Открытые агрессивные акты носили преимущественно физический и вербальный характер (в форме посылания проклятий, угроз, запугивания и пр.). На момент обследования все пациенты сохраняли ориентировку в месте, времени и собственной личности, после выхода из психотического состояния у них частично восстанавливалось критическое отношение к себе и своим действиям, двигательное возбуждение купировалось. Все больные были протестированы на 10 – 14 день после выхода из психоза.

В ходе исследования использовались следующие методики: опросник Басса-Дарки, тест Ассингера, Hand-тест.

¹ Оренбургский государственный университет, Оренбургская государственная медицинская академия.

Таблица 1. Формы агрессивного поведения у больных шизофренией (согласно результатам, полученным с помощью опросника Басса-Дарки)

Форма агрессии	Среднее значение в выборке
Физическая агрессия	4,7
Косвенная агрессия	3,95
Вербальная агрессия	6,18
Подозрительность	5,18
Негативизм	2,18
Раздражительность	4,95
Обида	4
Чувство вины	5,78

Опросник Басса-Дарки (Buss & Durkey) содержит 75 утверждений и позволяет диагностировать 8 типов агрессивного поведения:

1) физическая агрессия; 2) вербальная агрессия; 3) раздражение; 4) негативизм; 5) обида; 6) подозрительность; 7) косвенная агрессия; 8) чувство вины.

В целом, методика направлена на выявление степени выраженности агрессивных проявлений, причем агрессия в данном случае носит реактивный (защитный) характер, то есть возникает, как правило, в ответ на провокацию, воображаемую или реальную угрозу, а также фрустрацию.

Тест Ассингера включает 20 вопросов и три варианта ответов, один из которых должен выбрать обследуемый. Данная методика позволяет испытуемому проделать самоотчет относительно того, насколько он корректен в отношениях с другими людьми, легко ли с ним общаться, и в какой мере ему присуща агрессивность как свойство личности. Кроме того, методика позволяет судить о направленности агрессивности личности.

Тест руки Э. Вагнера (Hand-тест) относится к категории проективных методик исследования личности. В теоретическом обосновании “Hand-теста” его авторы исходили из следующих положений. Превосходство человека над животными обусловлено уровнем развития головного мозга и кисти руки. Рука непосредственно вовлечена во внешнюю активность, она помогает человеку в выполнении множества функций. В частности, рука осуществляет постоянный контакт с внешней средой. Она также необходима для удовлетворения витальных потребностей и участвует практически во всех действиях, связанных с получением удовольствия. Таким образом, можно ожидать, что проективный тест, в котором различные изображения руки используются в качестве стимулов, позволит выявить некоторые поведенческие тенденции человека на основании особенностей его индивидуального восприятия предложенного стимульного материала. Hand-тест построен на допущении, что ответы испытуемого на предъявляемые ему неоднозначные стимулы отражают существенные и относительно устойчивые свойства его личности [6].

Hand-тест предсказывает не конкретный вид агрессивной реакции, а склонность к агрессивному поведению вообще. Стимульный материал состоит из девяти карточек с изображением кистей рук и одной пустой карточки, которые в определенном порядке предъявляются испытуемому со следующей инструкцией: “Что, по Вашему мнению, делает эта рука?” Десятая карта (пустая) предъявляется с инструкцией: “Сначала представьте себе какую-нибудь руку, а затем опишите те действия, которые она может выполнять”.

При подсчете баллов и последующей интерпретации используются следующие категории: “Агрессия” (Agg), “Директивность” (Dir), “Страх” (F), “Аффектация” (Aff), “Коммуникация” (Com), “Зависимость” (Dep), “Экзгибиционизм” (Ex), “Калечность” (Crip), “Активные безличные ответы” (Act), “Пассивные безличные ответы” (Pass), “Описание” (Des), “Напряженность” (Ten), “Галлюцинации” (Bas), “Отказ ответа” (Fail) [там же].

Результаты и обсуждение

В результате изучения историй болезней пациентов и опроса медицинского персонала отделения клиники были получены следующие данные. В большинстве случаев (85 %) обнаружен высокий уровень физической агрессии вплоть до применения насилия. Подобная картина наблюдалась в психотическом состоянии у пациентов, и по выходу из психоза двигательное возбуждение и агрессивные вспышки купировались. Однако уже на этапе стационарного лечения у некоторых больных (50 %) все же проявлялись агрессивные реакции (раздражительность, негативизм, вербальная агрессия). В беседе с медицинским психологом у больных проявлялись признаки раздражения и вербальной агрессии.

При исследовании испытуемых методикой Басса-Дарки выявлено среднее значение индекса агрессивности для выборки — 15,5. Высокие значения индекса встречаются в группе больных редко (лишь в 5 % случаев). Средний показатель индекса враждебности — 9,7. У 36 испытуемых этот показатель выше нормы.

По результатам опросника Басса-Дарки в обследованной группе преобладают такие формы агрессии, как: подозрительность, вербальная агрессия и чувство вины. Основные формы агрессивного поведения в группе больных шизофренией представлены в таблице 1.

Высокие значения по шкале подозрительности свидетельствуют о недоверии, о настороженности пациентов по отношению к окружающим, об убежденности их в том, что другие люди планируют и приносят вред. Подобная картина вполне объясняется симптоматикой параноидной формы шизофрении. Высокие значения по шкале вербальной агрессии свидетельствуют о том, что пациенты склонны прибегать в конфликтных ситуациях к словесным угрозам. Опрос медицинского персонала отделения и изучение

историй болезни исследуемых пациентов подтверждают полученные результаты. Чувство вины выражает убеждение больных в том, что они являются плохими людьми, что поступают зло. Данная шкала также демонстрирует ощущаемые пациентами угрызения совести за совершенные поступки. Таким образом, чувство вины в некоторой степени представляет собой проявление аутоагрессии, заставляющей пациентов испытывать эмоциональный дискомфорт.

При исследовании испытуемых с помощью теста Ассингера средний показатель агрессивности в выборке испытуемых составил 38,6. Высокие значения агрессии встречаются в группе больных в 10 % случаях.

С помощью проективного метода Hand-тест было получено среднее значение индекса агрессивности в выборке испытуемых (1,8). В 62,5 % случаев обнаружены высокие значения указанного индекса. Коэффициент ожидаемой агрессии — 5,84. Кроме того, у больных шизофренией выявлен низкий уровень общей психологической активности (10,93).

Проведя анализ соотношения отдельных категорий ответов пациентов, было обнаружено, что в группе больных преобладают ответы из категорий *агрессивность* (16 %), *директивность* (10,6 %), *зависимость* (15,33 %) и *активные безличные ответы* (30,13 %).

Высокий коэффициент ожидаемой агрессии (5,84) может свидетельствовать о том, что у больных шизофренией превалирует истинно агрессивное поведение [6].

Преобладание у пациентов ответов на карточки теста, относящихся к таким категориям как агрессивность, директивность и активные безличные ответы, говорит о высокой вероятности проявления агрессии, о склонности испытуемых к активным действиям, к доминированию [там же].

Выводы

В ходе исследования был определен актуальный уровень агрессии у больных параноидной шизофренией, а также выявлены преобладающие формы агрессивного поведения (согласно Бассу и Дарки). К этим формам необходимо отнести подозрительность, вербальную агрессию и чувство вины.

Проективное исследование личности пациентов позволило обнаружить неосознаваемые тенденции-предикторы, которые могут способствовать возникновению жестокого противоправного поведения. Исследование подтвердило предположение о наличии у больных шизофренией латентных агрессивных тенденций. Однако необходимо отметить, что на формирование агрессивного поведения, кроме указанных личностных особенностей, оказывают влияние и такие факторы, как ингибиторы агрессии, способные сдерживать агрессивные проявления и не приводить к открытым насильственным актам.

Заключение

Заблаговременное выявление склонности больных шизофренией к открытому агрессивному поведению позволит отнести данных лиц к группе риска и предотвратить случаи агрессии, зачастую принимающей формы жестокости и насилия не только по отношению к медицинскому персоналу психиатрических клиник, но и ко всему окружению больных.

Для решения этой проблемы требуется разработка новых диагностических подходов, позволяющих в полной мере отследить не только нарушения когнитивной сферы пациентов, но и развитие личностной дезинтеграции. Шизофрения в числе других психических заболеваний оказывает деструктивное влияние на личность больных, в первую очередь, нарушая их социальные контакты. Личность как совокупность высших, специфически человеческих свойств психики, рождающихся и развивающихся исключительно в социальной среде, представляет собой социальную формацию [3]. Поэтому важнейшим в данном контексте является взаимодействие больного с окружением. Несомненным остается тот факт, что шизофрения как эндогенное психическое заболевание нарушает способность человека к полноценному межличностному взаимодействию. Поэтому для устранения последствий развития заболевания рекомендуется проведение с больными шизофренией групповых и индивидуальных психотерапевтических занятий в русле когнитивно-поведенческого направления [2]. Данные занятия помогут пациентам справиться с агрессивными позывами, выработать адаптивные стратегии межличностного взаимодействия и восстановить социальную адаптацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб: Питер, 2001.
2. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении, 3-е изд. — СПб: Питер, 2008.
3. Дереча В. А. Психология и психопатология личности: учебное пособие — 2-е изд., дополненное. — Оренбург: ГУ "РЦРО", 2009.
4. Ениколопов С. Н. Понятие агрессии в современной психологии // Прикладная психология. 2001. № 1. С. 60 – 71.
5. Кернберг О. Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / Пер. с англ. А. Ф. Ускова — М.: Независимая фирма "Класс", 2001.
6. Курбатова Т. Н., Муляр О. И. Проективная методика исследования личности "Hand-тест". Методическое руководство. — СПб.: ГМНПП "ИМАТОН", 2001.
7. Петрюк А. П. Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учётом качества жизни пациентов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2004. № 3. С. 99 – 102.
8. Milton J. Cases of aggressive behavior in first-episode psychosis // British Journal of Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 433 – 440.
9. Mullen P. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies // Advances in Psychiatric Treatment. 2006. Vol. 12. P. 239 – 248.
10. Pamela J. Homicides by people with mental illness: myth and reality // British Journal of Psychiatry. 1999. Vol. 174. P. 9 – 14.

Ценности современного общества глазами больных шизофренией

Е. М. Леонтьева¹, О. Е. Головина²

Представления о современном обществе является важной частью индивидуальных ценностных систем. В данной статье представлены результаты изучения данных представлений в группе условной нормы и в группе людей с психическими расстройствами (больные шизофренией). Также рассмотрены результаты исследования ценностей, которые испытуемые обозначали как “близкие”. Дана сравнительная характеристика ценностей современного общества (представлений) и субъективно близких ценностей. Обнаружен феномен “ценностной диссоциации” в группе нормы и существенные различия в поведении этого феномена в группе психически больных испытуемых. Выявлены различия в субъективных предпочтениях близких ценностей, выдвинута гипотеза о механизме культурно-исторического отставании от нормы компонентов ценностной системы психически. Анализ этих различий позволяет раскрыть важные особенности ценностной системы психически больных, что позволяет сформулировать новые подходы к теории реабилитации и психотерапии таких пациентов.

Ключевые слова: субъективно близкие ценности, ценности современного общества, ценностная диссоциация, гипотеза о культурно-историческом отставании от нормы, реабилитация больных с психическими расстройствами.

Введение в проблему

Интерес к ценностной проблематике в каждой научной дисциплине носит разный характер. Однако для психологии, актуальность исследования ценностей только набирает обороты. Новое тысячелетие требует осознание того, как изменились люди, чем они будут жить следующий период истории, какой человек придет им на смену, в конце концов, какие ценности транслировать своим детям и будущим поколениям. Для России этот интерес особенный. Кардинальные реформы во всех областях жизни нарушили устоявшиеся ценностные ориентиры многих групп населения, привели к появлению больших дезадаптивных групп, которые так и не смогли “вписаться” в новое время. Категория психически больных людей представляет собой достаточно обширную аудиторию, во многих сферах жизни довольно активную.

Многие пациенты сообщают о том, и это подтверждается анамнестическими данными, что главным стрессовым фактором в их жизни, после которого дебютировало психическое расстройство, было резкое изменение социального статуса, вызванного изменениями в экономической жизни страны (потеря работы, утрата постоянного дохода). Эти пациенты сообщают о переживании чувства, что живут не в свое время, что не понимают какие сейчас ценности. Подобные переживания питают социальную дезадаптацию и маргинализацию, рост протестных настроений. Общеизвестно, что социальная дезадаптация является одним из главных критериев при определении пси-

хического статуса потребителей психиатрической помощи. Психиатрия — серьезный здравоохранительный и вместе с тем социальный институт, в котором вырабатываются и применяются подходы к реадaptации подобных пациентов. Интеграция этих пациентов в общество с учетом сложности лечения подобных заболеваний требует совместных усилий многих специалистов.

В свою очередь перед специалистами, работающими в системе здравоохранения, имеющей особое социальное значение, возникает задача выявления ценностной специфики психически больных людей как представителей определенной социальной группы, ее рефлексия и выработка реабилитационных и реадaptационных подходов с учетом этой информации.

В связи с этим встает целый ряд вопросов, ответы на которые не вполне очевидны. Как воспринимают современное общество больные шизофренией? Насколько “вписываются” или, наоборот, “выпадают” эти пациенты из воспринимаемой социальной ситуации? В какой степени их близкие ценности совпадают с ценностями современного общества?

Краткая характеристика исследования

Для лучшего понимания особенностей ценностных представлений у психически больных людей, было проведено обширное исследование. Одной из локальных задач стало выявление ценностей (или ценностных блоков), отражающих смысловую структуру личности больных через принимаемые (субъективно близкие) и отвергаемые (субъективно неблизкие) ценности, а также сопоставление этих структур с представлениями о ценностях современного общества. Таким образом, была предпринята попытка внут-

¹ Психиатрическая клиническая больница № 1 им Н. А. Алексеева, Москва.

² Московский Государственный Университет им. М. В. Ломоносова, Москва.

ри ценностной сферы выделить и сопоставить фокус индивидуального с фокусом социального.

В качестве опоры использовался список, состоящий из 22 ценностей (вера, власть, любовь, безопасность, признание, успех, здоровье, семья, удовольствие, красота, истина, правда, творчество, развитие, доверие, богатство, свобода, уникальность, ум, справедливость, реальность, дружба), который по необходимости мог дополняться. Испытуемые в свободном режиме называли ценности современного общества, а также близкие и неблизкие им ценности. Далее будут представлены некоторые из полученных результатов.

Испытуемые

Для проверки рабочей гипотезы была набрана клиническая группа, в которую вошли 96 человек с психическими расстройствами (кодировка F20 – F29 по МКБ-10 — шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, далее в таблице обозначена Sch), а также группа сравнения, в которую были включены 92 условно здоровых человека (далее в таблице обозначена N). Все пациенты, составившие клиническую выборку, на момент обследования находились в стационаре или в дневном стационаре, однако, среди них не было пациентов в остром психотическом состоянии (становление устойчивой лекарственной ремиссии) и результаты предварительно проведенного патопсихологического обследования показывали их когнитивную сохранность, упорядоченность, настроенность и мотивированность на исследование, достаточную критичность к своему состоянию, позволяющую провести исследование ценностных представлений. Важно отметить, что подобное исследование проводилось в обстановке, снимающей мотив экспертизы, специально отмечалось, что не существует правильных и неправильных ответов на вопросы исследователя, а важность представляет индивидуальное мнение пациента. Испытуемые с интересом участвовали в исследовании, интересовались его результатами. Подавляющее большинство испытуемых клинической группы имеют высшее или незаконченное высшее образование. Испытуемые выравнивались по возрасту и представлены примерно равным количеством в группах от 20 – 30, от 30 – 40, от 40 – 50 лет.

Представления о ценностях современного общества

Для начала интересно рассмотреть картину современного общества, полученную через призму ценностных представлений. В таблице 1 приведены частоты (в процентах от группы) встречаемости тот или иной ценности при описании современного общества как больными шизофренией, так и условно здоровыми людьми.

Таблица 1. Результаты выборов ценностей, описывающих современное общество (в % от группы)

Ценности	Sch ³	N ⁴	Ценности	Sch	N
Богатство	57,4	75,3	Ум	16,0	18,0
Власть	36,2	67,4	Признание	16,0	28,1
Здоровье	33,0	24,7	Вера	12,8	14,6
Успех	30,9	59,6	Справедливость	10,6	9,0
Семья	29,8	21,3	Дружба	10,6	11,2
Удовольствие	25,5	47,2	Реальность	9,6	10,1
Любовь	23,4	9,0	Уникальность	5,3	16,9
Безопасность	23,4	33,7	Правда	5,3	3,4
Красота	22,3	25,8	Доверие	5,3	3,4
Развитие	20,2	13,5	Истина	4,3	3,4
Свобода	17,0	24,7	Творчество	2,1	10,1

³ Здесь и далее Sch обозначает клиническую группу (больные шизофренией).

⁴ Здесь и далее N обозначает группу сравнения (условно здоровые люди).

В группе больных шизофренией наиболее часто современному обществу приписываются такие ценности как богатство, власть, здоровье, успех, семья и удовольствие. В группе условно здоровых набор ценностей во многом похож: богатство, власть, успех, удовольствие. Но среди наиболее частотных ценностей появляются безопасность и признание.

Ценности “богатство” и “власть” доминируют в обеих группах, и все же больные шизофренией намного реже, чем условно здоровые участники исследования, приписывают эти ценности современному обществу (это подтверждается статистически на уровне значимости $p < 0,01$ для власти и $p < 0,05$ для богатства). Такое соотношение сохраняется и для ценностей “успех” и “удовольствие”, при чем различия обнаруживаются на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,01$).

Значительно реже (менее четверти клинической выборки) больные шизофренией описывают современное общество в таких ценностных категориях, как любовь, безопасность, красота, развитие, свобода, ум, признание. Но в норме любовь считается ценностью современного общества еще реже, чем у больных шизофренией ($p < 0,01$), а признание, наоборот, гораздо чаще ($p < 0,05$).

Нехарактерными для представлений о современном обществе оказались такие ценности как истина, доверие, правда, реальность, дружба, справедливость (их упоминают менее 10% испытуемых в обеих группах). Ценности “уникальность” и “творчество” крайне редко упоминаются больными шизофренией и достаточно редко встречаются в группе условно здоровых, и все же различия в частоте оказываются статистически значимыми ($p < 0,05$).

Таким образом, обнаруживаются важные различия в представлениях о современном обществе у больных шизофренией и условно здоровых людей.

Таблица 2. Результаты выборов субъективно близких ценностей (в % от группы)

Ценности	Sch	N	Ценности	Sch	N
Любовь	68,8	63,1	Успех	14,6	10,7
Здоровье	61,5	63,1	Правда	11,5	4,8
Семья	59,4	67,9	Богатство	10,4	15,5
Дружба	36,5	31,0	Красота	10,4	7,1
Свобода	35,4	34,5	Признание	10,4	10,7
Ум	31,3	14,3	Реальность	10,4	6,0
Вера	28,1	15,5	Справедливость	8,3	13,1
Творчество	24,0	16,7	Уникальность	8,3	4,8
Доверие	19,8	32,1	Истина	7,3	10,7
Безопасность	15,6	21,4	Удовольствие	6,3	10,7
Развитие	15,6	32,1	Власть	2,1	1,2

Прежде всего, это касается структуры представлений о современном обществе. Представления о современном обществе у больных шизофренией оказываются менее жестко структурированными, тогда как у здоровых явно обнаруживаются ценностные акценты (ценности власти, богатства, успеха, удовольствия). Картина современного общества больных шизофренией оказывается менее предсказуемой, более разнообразной, и в ее составе важное место занимают индивидуально ориентированные ценности (любовь, здоровье, семья).

Субъективно близкие ценности

Картину субъективно близких ценностей в двух группах можно получить, проанализировав данные, представленные в таблице 2.

Наиболее частотными среди клинической группы оказались такие ценности как любовь, здоровье, семья — их называют близкими более половины больных шизофренией. Дружба, свобода, ум, вера и творчество оказались близкими ценностями для 20 и более процентов испытуемых клинической группы. Гораздо реже упоминаются ценности «доверие», «безопасность, развитие, успех и правда, а остальные 9 ценностей, среди которых богатство, красота, признание, реальность, справедливость, уникальность, истина, удовольствие и власть являются близкими для 10 и менее процентов больных шизофренией.

В группе сравнения подавляющее большинство испытуемых (как и в клинической группе) считает близкими такие ценности как семья, любовь и здоровье. Около трети условно здоровых испытуемых называют близкими ценности свобода, доверие, развитие, дружба. Остальные ценности встречаются гораздо реже.

Важно отметить, что ценности ум и вера гораздо чаще являются близкими для больных шизофренией, чем для условно здоровых людей (обнаруживаются статистические различия на уровне значимости

$p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно), а развитие гораздо чаще оказывается близким именно здоровым ($p < 0,01$).

Таким образом, можно констатировать, что наиболее приоритетные ценности у больных шизофренией и у условно здоровых людей совпадают. Они составляют ценностной блок «сверхценностей», куда входят ценности любовь, здоровье, семья. За рамками этого ценностного блока обнаруживаются важные различия в субъективно близких ценностях обеих групп, которые особенно выражены в диадах ум-развитие, вера-доверие и на уровне тенденции в диаде правда-справедливость. Больным шизофрении свойственно выше ценить ум, веру и правду, чем развитие, доверие и справедливость (соответственно), а здоровым испытуемым — наоборот.

Сопоставление представлений о ценностях современного общества с субъективно близкими ценностями

Для сопоставления двух составляющих ценностной системы были использованы наиболее частотные ценности, которыми описывается современное общество, а также наиболее частотные ценности, являющиеся субъективно близкими.

Приоритетные ценности современного общества и субъективно близкие ценности у больных шизофренией (гистограмма 1 и 2) практически не совпадают. Исключение составляют ценности здоровья и семьи, которые являются близкими для большинства больных шизофренией, и которые приписываются современному обществу одной третью испытуемых клинической группы.

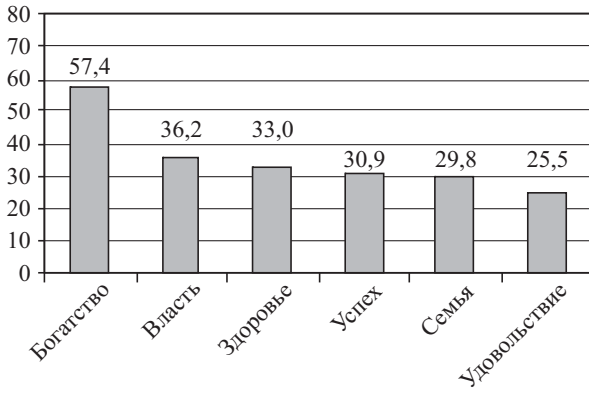
Ценностные предпочтения условно здоровых людей и их наиболее частотные представления о ценностях современного общества не пересекаются совсем (гистограммы 3 и 4).

Важно отметить, что ценность власть, которая лидирует в представлениях о современном обществе и у больных шизофренией и в норме, практически не встречается среди субъективно близких ценностей.

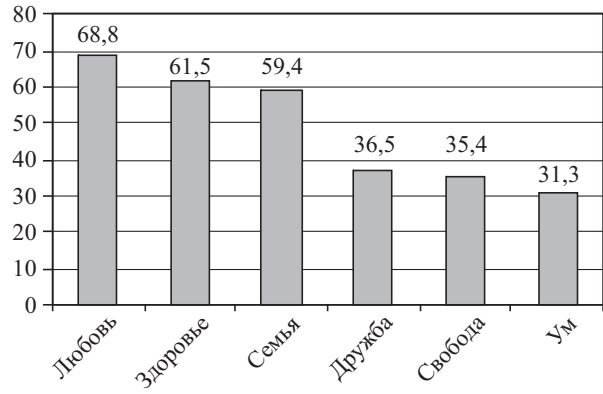
Таким образом, приоритетные ценности современного общества и субъективно близкие ценности сильно расходятся. И в норме это расхождение оказывается выраженным гораздо сильнее, чем у больных шизофренией.

Итоги:

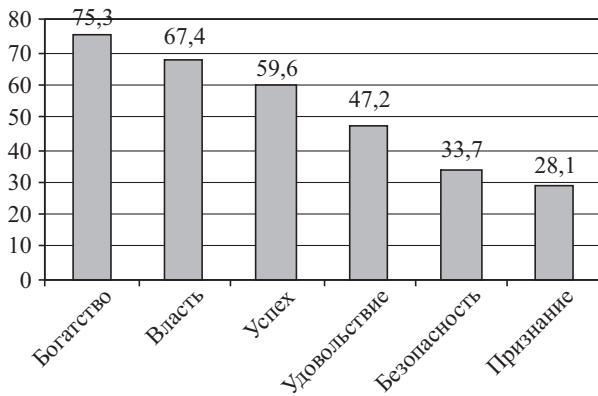
Полученные результаты позволили обнаружить ряд очень важных явлений, позволяющих увидеть скрытые механизмы работы компонентов ценностной системы в норме и особенности их функционирования при психических расстройствах шизофренического круга.



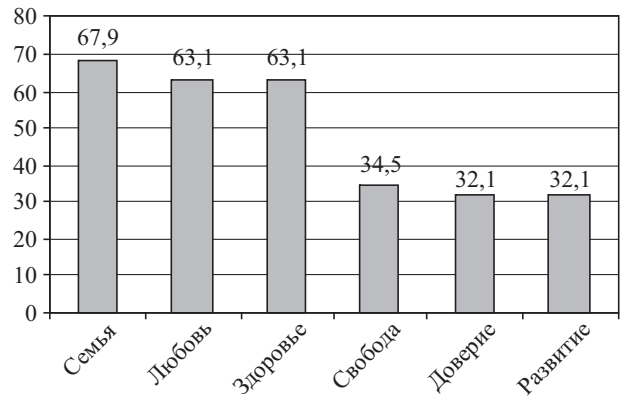
Гистограмма 1. Ценности современного общества (больные шизофренией)



Гистограмма 2. Субъективно близкие ценности (больные шизофренией)



Гистограмма 3. Ценности современного общества (условно здоровые)



Гистограмма 4. Субъективно близкие ценности (условно здоровые)

1. Мы обнаружили, что и больным шизофренией, и условно здоровым людям характерно противопоставлять себя и современное общество. Это противопоставление происходит через отвержение воспринимаемых (проекционных) ценностей современного общества. Можно констатировать, что большинство условно нормальных испытуемых демонстрируют некую “ценностную диссоциацию” между теми ценностями, которые они считают субъективно близкими и теми, которые приписывают своим современникам.

При этом они сохраняют социальную направленность и считаются социально адаптированными “нормальными” людьми. Налицо феномен, который мы условно можно назвать “конвенциональной общественной ложью”. Это означает, что в норме мы считаем обязательным диссоциировать свои ценности с ценностями общества, в котором живем. В некотором смысле мы “обязаны” ругать современное нам общество и быть им недовольными. Судя по всему, наличие такого феномена свидетельствует и о глубоком ценностном кризисе нашего общества, при котором мы готовы поддерживать свои индивидуальные ценности, но не готовы поддерживать такие же индиви-

дуальные ценности других. В отношении ценности семьи это могло бы быть сформулировано примерно следующим образом: моя семья является для меня самой главной ценностью, но больше ни для кого. Такое нарушение совместности, отсутствие или невозможность открытого поддерживания индивидуальных ценностей (не только своих, но и других), на наш взгляд, характеризует социопсихологическую природу ценностного конфликта современного нам общества.

Получается, что психически больные испытуемые, действительно, не распознают тонкостей этого конфликта, тонкостей социального самообмана и лжи. Они попадают впросак именно в степени этой лжи, как будто не знают насколько сильно принято именно сейчас “ненавидеть” свое собственное общество и друг друга. Мы могли бы сказать, что их социальная проекция отличается в сторону большого идеализма и согласия с близким себе ценностями, недооценке ценностей, имеющих высокую социальную значимость — богатства, власти, успеха, безопасности. И это значительно отличает их от условно здоровых людей.

Также для системы ценностей больных шизофренией в отношении современного общества характерна меньшая предсказуемость, структурированность представлений. Ценностные акценты, ярко выраженные в группе нормы, оказываются неявными. В группе больных шизофренией отсутствует единодушие, свойственно психически здоровым людям.

2. В картине субъективно близких ценностей можно констатировать отсутствие существенной разницы в отношении некоторых ценностей. И для больных, и для здоровых ценностное содержание субъективного мира одинаково. В структуре субъективно близких ценностей отчетливо выделяется конгломерат из трех ценностей: любовь, семья, здоровье, которые можно считать ценностями первого порядка, условно обозначенных как блок “сверхценностей”. Это указывает, на наш взгляд, на определенный личностный ресурс больных шизофренией, на сохранность некоторого ценностного ядра (в виде предпочитаемых, субъективно близких ценностей). И эта информация способна оказать важное антистигматизирующее воздействие как на самих больных (и их родственников), так и на медицинских работников, и шире — на всех остальных тоже. Принципиальными для стигматизации и самостигматизации (а как жители мегаполиса и в большинстве своем с высшим образованием, наши пациенты подвержены стигматизации чаще других пациентов⁵) оказываются представления о принципиальной “отличности” и опасности психически больных, свойственные как самим больным, так обыденному сознанию условной нормы. Поэтому важно показать и подчеркнуть, что в части той личностной социальной направленности, которая поддерживает общеразделяемые ценности, больные шизофренией мало отличаются от всех остальных. Таким образом, результаты этого исследования служат важным ресурсом для реабилитационных процессов.

3. Рассматривая разницу в ценностных предпочтениях больных шизофренией и условно здоровых людей и анализируя ценности второго порядка (идущими вслед за блоком сверхценностей), мы столкнулись с необходимостью некоторых интерпретаций, выходящих за рамки чисто психологического анализа.

Больные шизофренией достоверно чаще выделяют ценность “ум” в противовес группе нормы. Идея компенсаторной природы этого феномена, казалось бы, напрашивается сама собой: в обыденном сознании больные с психическими расстройствами предстают как “безумные” (и это свойственно и субъективному восприятию самих больных), то есть страдают от недостатка ума, а, значит, ценят ум больше здоровых и поэтому выделяют его чаще остальных. Но можно рассмотреть другую гипотезу (не исключающую первую) о наличии механизма *ценностного культур-*

но-исторического отставания от нормы, наблюдаемого в ценностной системе больных шизофренией. Эта гипотеза выдвигалась нами раньше и в рассматриваемом материале также находит свое подтверждение [2]. Культурно-историческая психология дает нам возможность рассматривать психологию ценностей исходя из ее основных постулатов о культурно-историчности разных психических процессов [3].

Ценность ума в современную нам эпоху понемногу сменилась ценностью развития. Это произошло за последние 20 – 30 лет. Можно даже констатировать некоторую диктатуру развития, что хорошо видно в педагогической деятельности. И если наличие ума во многом воспринимается как что-то изначально присутствующее (от родителей или от природы), то категория развития гораздо более динамична, подконтрольна разнообразным влияниям, а также зависит от направленности самого индивида. Сама категория развития служит колоссальным ресурсом для всей современной культуры и психологии. Философия развития предполагает, что развиваться может любой, начиная с любой точки. И результирующая этого процесса не всегда жестко задана и очевидна, а значит, открывает широкие возможности для индивидуального поиска и определения. В этом смысле весьма показательным, что больные шизофренией не выделяют эту ценность как настолько важную, сосредотачиваясь на ценности ума. Развитие в указанном смысле им как будто недоступно, заблокировано. И задача специалистов по реабилитации актуализировать этот ресурс работы, используя все его реабилитационные составляющие.

Тот же механизм ценностного культурно-исторического отставания от нормы лежит и в разнице между частотой предпочтения ценностей веры и доверия у больных шизофренией и у условно здоровых людей. Мы не рискуем в данной статье философски концептуализировать данные понятия, это требует серьезной философской проработки вопроса, однако позволим себе высказать предположение о психологической разнице этих понятий и об их культурном весе в современной нам ситуации. Если говорить о природе человеческих отношений, то доверие отражает более сложные взаимодействия, включает в себя активность, межличностные отношения, их динамику и т.д. Мы можем устанавливать доверительные отношения, доверие может расти и уменьшаться, его можно заслужить и потерять, над ним, в конце концов, можно работать в процессах психотерапии. Вера, подчеркиваем, в психологическом смысле представляется менее сложным феноменом человеческих отношений. По большому счету, она либо есть, либо ее нет. Предпочтение веры доверию в контексте отношений отражает свойственное больным шизофренией черно-белое (дихотомическое) мышление [4] и выводит на столь часто звучащие в их жалобах темы предательства, утрату веры в людей.

⁵ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/ru/index5.html.

Аналогичная тенденция намечается в соотношении ценностей “правда” и “справедливость” (правда чаще ценится больными шизофренией, а справедливость условно здоровыми людьми), однако мы не обладаем достаточным количеством данных, чтобы делать определенные выводы.

Итак, сформулируем наш вывод-гипотезу, требующую дальнейшей проверки: для больных шизофренией характерно ценностное культурно-историческое отставание от нормы в отношении ценностей “доверие” и “развитие”. Данные ценности являются относительно новыми для современного общества и их усвоение еще продолжается. Больные шизофренией в этом смысле “фиксируют” ценности предыдущего культурно-ценностного периода (вера и ум, соответственно), что может затруднять их адаптацию и социализацию. Таким образом, обозначенные ценности должны оказаться в фокусе реабилитационной работы.

4. Приведенные результаты требуют поиска новых, совершенно иных подходов к реабилитации пациентов с психическими расстройствами. И эта задача представляется абсолютно практической, связанной с широкой социальной поддержкой таких людей, организацией занятости, создания новых рабочих мест. Однако, опираясь на полученные эмпирические результаты, мы имеем основание утверждать, что она должна решаться и на другом — ценностном уровне. Потому что выздоровление (или хотя бы стабилизация тяжелого состояния пациента) не является пассивным процессом, но требует активных усилий со стороны больного. От настроения пациентов, их усилий по соблюдению режима лечения, и в целом от саморегуляции, как показывает практика, зависит очень многое, и в том числе тяжесть последствий заболевания для всей жизни человека. А саморегуляция человека, по словам С. Л. Рубинштейна, напрямую связана с *“осознанным ценностным отношением человека к миру, другим людям, себе самому”* [5, стр. 370].

Огромный вклад в стигматизацию и дальнейшую инвалидизацию пациентов с психическими расстройствами вносит первичный и последующие контакты с действующей системой здравоохранения. По словам одного из пациентов, госпитализированного в психиатрическую больницу, “все начинается здесь”. Таким образом, специалистам по реабилитации важно донести до пациентов сведения об их “причастности к нормальному миру”, о том, что их ценности во многом такие же, как у других людей, тем самым повышая уровень социальной осведомленности пациентов. Для многих больных это оказывается настоящим открытием и огромным поддерживающим ресурсом. В

условиях серьезных ограничений для глубинной психотерапии в рамках существующей системы здравоохранения такой ценностной диалог и даже просвещение, включающее результаты этих исследований, представляется нам реальным, простым и очень эффективным.

В заключение отметим, что ценностной дискурс вызывает у пациентов активный интерес и готовность к диалогу, намного большую, чем “психокоррекционные мероприятия”. Мы обнаружили искреннюю заинтересованность наших испытуемых в исследовании и высокую мотивацию в данном типе диалога. Данные исследования позволяют рекомендовать “ценностный диалог” в качестве одной из основ теории и практики реабилитации психически больных.

Заключение

Сопоставляя факты наличия вышеописанного парадокса диссоциации ценностного образа себя и ценностей современного общества для группы нормы и наличие других “неактуальных” ценностей в картине мира больных шизофренией мы предлагаем задуматься о том, что может стоять за подобным ценностным конфликтом. Что помогает психически здоровым людям, дистанцируясь от современного общества на ценностном уровне, оставаться адаптированными и даже успешными? Для ответа на этот вопрос и другие, возникающие вслед за ним, необходимо изучать подобные ценностные конфликты с помощью междисциплинарного подхода, учитывающего культуральные, исторические, языковые, психологические и другие аспекты проблемы, что позволит их решать и создавать современное общество, привлекательное для разных социальных групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Магун В., Руднев М. Жизненные ценности российского населения: сходства и отличия в сравнении с другими европейскими странами // Вестник общественного мнения, 2008, № 1.
2. Леонтьева Е. М., Головина О. Е. Представления о ценностях современного общества на примере людей с психическими расстройствами (больные шизофренией) // Труды Томского государственного университета. — Т. 278. — Сер. психолого-педагогическая: Личность в контексте межкультурного взаимодействия: Материалы I Всероссийской молодежной научной конференции. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2011. С. 12 – 15.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 1.: Вопросы теории и истории психологии / Гл. ред. А. В. Запорожец. — М.: Педагогика, 1982.
4. Соколова Е. Т. Психотерапия: Теория и практика. — М.: Академия, 2002.
5. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. М., 1973.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Аутоперсонамнезия (биографическая амнезия): Деперсонализация? Конверсия? Симуляция? Органическая амнезия?

*Клиническая конференция кафедры психиатрии и наркологии ФПК
Ростовского государственного медицинского университета¹
05.12.2012 г.*

**Сопредседатели — зав. кафедрой д.м.н. В. А. Солдаткин, д.м.н. В. Г. Остроглазов
Ведущий — зав. кафедрой д.м.н. В. А. Солдаткин, врач-докладчик — Д. С. Агафонова**

В. А. Солдаткин. Уважаемые коллеги! Нам предстоит обсудить крайне интересный и непростой клинический случай аутоперсонамнезии (сразу скажу, что именно это обозначение феномена мне ближе и кажется более удачным). Оно введено доктором медицинских наук, представителем московской психиатрической школы Остроглазовым Виктором Гавриловичем, которого мне приятно представить. В. Г., несомненно, один из опытнейших в нашей стране специалистов в этой проблеме, мнение которого неизменно вызывает жаркие споры (и, на мой взгляд, это хорошо, поскольку отсутствие дискуссии и консервативная спокойная уверенность крайне опасны) — И я очень рад, что В. Г. откликнулся и согласился приехать для участия в клиническом разборе. В течение последних недель в формате телемедицинского общения и обмена мнениями мы конструктивно согласовывали тактику обследования. И его предложение о включении полиграфического метода удивительно совпало с нашими планами; результаты мы сегодня обсудим. В связи с этим хочу поблагодарить компанию Мерц и за техническую поддержку этого важного визита, и за понимание того, что конференция не может носить рекламного характера.

Случаи аутоперсонамнезии перестали быть казуистикой. Я участвовал в обследовании 4-х таких больных; перед конференцией подходившие коллеги описывали свои наблюдения, и мы насчитали не менее 10 больных с проявлениями аутоперсонамнезии только в Ростове и ближайших регионах. Судьбы их различ-

ны; общим же является ореол загадочности и таинственности их болезни. Вне всякого сомнения, проблема еще ждет своего разрешения. Пока лишь одно диссертационное исследование, выполненное в Центре имени В. П. Сербского — доктора А. В. Милехиной — опубликовано в доступных источниках. Паранаучных же спекуляций вокруг проблемы — хоть отбавляй.

Что мы знаем об этих больных? Я хотел бы обозначить несколько общих — часто встречающихся — признаков:

- психопатологическая симптоматика при этом расстройстве проявляется утратой памяти о собственной личности и событиях прожитой жизни, чаще без других когнитивных нарушений, при сохранении формального интеллекта, общих знаний и профессиональных навыков;
- возникает у мужчин молодого и среднего возраста;
- в анамнезе часто злоупотребление алкоголем, ПАВ, или зависимость от них;
- возникновению расстройства предшествует эпизод опьянения;
- часто в этом опьянении возникает конфликт;
- как правило, есть подозрения на отравление неким токсическим веществом (чаще всего упоминается клофелин);
- период отсутствия пациента, при этом о действиях пациента либо ничего не известно, либо у больного сохраняются отрывочные воспоминания;
- восстановление сознания часто происходит возле автодороги или железнодорожного полотна, и они становятся своеобразными “ориентирами движения”;
- гипотимия (растерянность, тревога, грусть);
- частое отсутствие фиксационной амнезии;
- отмечаемые после опознания родными позитивные изменения пациента по характеру;
- интракраниальные мучительные ощущения (сенестопатии);

¹ Присутствуют: коллективы 3-х кафедр: психиатрии и наркологии ФПК РостГМУ, психиатрии РостГМУ, психотерапии и медицинской психологии ФПК РостГМУ; 145 врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов г. Ростова и Ростовской области, психологи.

- опасения пациента, что он совершил нечто плохое (или по отношению к нему совершили);
- сновидения с образами, которые кажутся знакомыми, и позже становятся базой фрагментарных воспоминаний (“видел во сне, это мой сын”);
- слабый эффект традиционных мнемотропных средств;
- у части пациентов динамика благоприятна, с восстановлением памяти (у ряда — после гипнотического транса, но в этом случае часто рецидивируют другие конверсионные симптомы), у другой части — с изменением состояния вплоть до психоза параноидной структуры, или появлением четких признаков вялотекущего процесса.

Я перечислил, разумеется, далеко не полный перечень признаков феномена расстройства, ориентируясь на клиническую картину обследованных на нашей кафедре больных, и публикации. Давайте от общего перейдем к частному, к конкретному клиническому случаю. Слово предоставляется врачу-докладчику — Агафоновой Дарье Сергеевне.

Врач-докладчик: Добрый день, уважаемые коллеги! В последние годы в поле зрения психиатров неоднократно оказывались пациенты, чье состояние характеризовалось тотальным отсутствием в их картине мира представлений о себе и своей прошлой жизни при полной или частичной информированности об исторических событиях и событиях, происходящих в стране и мире, современниками которых такие пациенты являются. Именно такой случай и послужил предметом сегодняшней конференции. Мы заранее благодарны всем коллегам, которые своим участием в профессиональной дискуссии помогут нам определиться с пониманием данного болезненного процесса и выбором тактики терапии.

Сложность диагностики у такого пациента заключается в первую очередь в том, что он не может сообщить сколько-нибудь достоверной информации ни о себе, ни о тех обстоятельствах, которые предшествовали наступлению описываемого состояния. Нам пришлось достаточно долго собирать анамнестические сведения как у самого пациента, так и у его близких: матери, жены. В полученных данных имелись явные противоречия, чем и объясняется выбранная нами структура изложения полученного материала. Заранее просим бережно отнестись к психологическому равновесию данной семейной системы и их межличностным взаимоотношениям и в процессе беседы не указывать членам семьи на имеющиеся противоречия в трактовке событий.

Пациент: Петр Сергеевич, 1978 г.р., проживает в Ростовской области. Поступил в наше отделение 12.11.2012 г.

Анамнез со слов пациента:

Помнит, что стоял на трассе и “голосовал, ждал автобус или какую-нибудь машину”, т.к. собирался ехать домой. Затем стало жарко, почувствовал жажду и зашел в ближайшее кафе за водой. В ходе целенаправленного расспроса, далеко не в первый день пре-

бывания, вспомнил, что кафе было одноэтажным, продавец женщина, больше никаких воспоминаний по этому поводу нет. Затем наступил “провал в памяти”. Очнулся около железнодорожных путей ночью. Не мог вспомнить, кто он и где находится. Почувствовал сильную головную боль, двоилось в глазах. Рядом обнаружил сумку и разбросанные вещи, собрал их, не размышляя над тем, принадлежат ли они ему, и отправился вдоль железной дороги, не отдавая себе отчета, куда именно он движется. “Решил ночью идти, а днём спать”. По дороге встретил женщин, которые дали воды и подсказали, что он движется в сторону Ростова-на-Дону и Москвы. Через некоторое время встретил их вновь и помог вытащить из ямы застрявший автомобиль, за это ему помогли преодолеть часть пути. Однажды выходил на автомобильную трассу, но затем вновь вернулся к железнодорожному полотну, побоявшись быть сбитым автомобилем. По дороге встретил мужчину, который сказал, что расположенный рядом населенный пункт маленький, в нем только участковый и лучше ему дойти до Тихорецка, где он сможет обратиться за помощью в отдел милиции. Он послушно отправился дальше. По ж/д путям шёл до Тихорецка, утверждает, что шёл 7 дней.

Добравшись до станции Тихорецкая, обратился за помощью к рабочим станции, которые вызвали скорую помощь. Приехавшая бригада СМП зафиксировала подъём АД до 190/100 мм.рт.ст. Был доставлен в приемное отд. Тихорецкой ЦРБ. С 20.08.12 по 23.08.12 находился в неврологическом отделении. После осмотра районным психиатром был направлен на стационарное лечение и обследование в ГБУЗ СПНБ Краснодарского края.

При поступлении в СПНБ рассказал лишь о том, как себя обнаружил и о своем пути до больницы. Находясь в отделении, старался по предложению соседей по палате вспомнить какие-либо приметы местности, в которой проживал, на память приходил лишь памятник “Тачанка”, о котором соседи рассказали, что находится он при въезде в Ростов. При попытках зафиксироваться на желании что-либо вспомнить возникала мучительная головная боль, а при настоятельных расспросах постепенно нарастало раздражение и желание избавиться от назойливых расспросов. Там же сосед по палате помог вспомнить место жительства, называя поочередно города Ростовской области.

Вскоре при помощи сотрудников полиции была установлена личность пациента. 30.08.12 состоялось опознание больного женой и матерью. Пациент жену и мать не узнал. После показанных съемок видеокamerой телефона узнал лишь сына, “потому что он мне снился”. Позже удалось вспомнить, как водил сына в детский сад, как играл с ним, как сын на велосипеде катался во дворе. Из родственников вспомнил самостоятельно ещё бабушку, остальных лишь со слов жены. Рассказы жены, подкрепленные иллюстрацией фотографий, память не восстановили, но убедили в принадлежности к этой семье. Воспоминания

приходили в просоночном состоянии. Удалось из детства вспомнить, что ездил на мотоцикле. Вспомнил, что военную службу проходил на флоте в Севастополе. Иных событий не вспомнил. Место жительства, дом, так же, не узнал. К настоящему времени отрицает наличие вновь возникших воспоминаний.

Анамнез со слов матери:

Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем у отца пациента (начало злоупотребления относится к периоду после рождения пациента), сосудистой патологией со стороны бабушки по материнской линии, страдавшей также язвой желудка и умершей в возрасте 76 лет после перенесенного 3-го инсульта. Дед по линии матери умер в возрасте 77 лет от рака печени. Мать страдает врожденным пороком сердца. Тетка по л/м — глухонемая от рождения.

Об отце известно, что в юности учился плохо, “из-под палки”, работал шофером, трактористом. По характеру был вспыльчивым, драчливым.

Мать родилась в Казахстане, через 3 года семья переехала жить в Грузию, с 1965 г. по настоящее время проживает в Ростовской области. С трудом окончила школу по состоянию здоровья. Далее учиться не смогла, работала швеей. Себя характеризует как правдолюбивую, настойчивую, упрямую, “если сказала — белое, значит — белое!”.

Дедушка по линии матери был очень общительным, добрым. Любил детей, никогда не приходил домой без гостинца. Работал на тракторе и никогда не отказывал детям в том, чтобы их прокатить, рассказать об устройстве машины, чем всегда привлекал к себе детское внимание; завидев его возвращающимся с работы, дети бежали к нему гурьбой.

Бабушка была более сдержанной, по мнению мамы, хотя (*первое из противоречий*) пациент вспомнил ее первой, вместе со своим маленьким сыном и утверждает, что у них были теплые отношения: “бабушка меня очень любила и я ее тоже, она меня воспитала”. По утверждению матери, воспитанием занимались в равной степени, поскольку проживали вместе и все взрослые члены семьи в тот период работали.

Родители в браке не состояли. Отец был крайне подвержен влиянию своей матери. Мама хотела сделать аборт, но дедушка настоял на рождении внука. Во время беременности матери отец проживал у своих родителей, но часто навещал беременную жену. Бабушка пациента настаивала на расставании родителей, так как считала отца пациента несамостоятельным, подверженным материнскому влиянию и не способным быть хорошим отцом семейства.

Пациент родился от 1-ой беременности, протекавшей с токсокозом последнего триместра. Роды в срок, с долгим безводным периодом. Вес при рождении 2900. Рост 53 см. Закричал сразу. Раннее психофизическое развитие соответствовало возрасту, из особенностей мать отмечает то, что ребенок практически не ползал, сразу пошел. Первые слова в 1 год 2 месяца, когда пошел в ясли. С первых дней жизни находился на искусственном вскармливании. Отец окончательно

прекратил отношения с семьей, когда ребенку было 1,5 года (сначала отец пытался общаться, возил в детский сад подарки, но затем мать запретила отцу встречи с сыном, испугавшись, что тот может его украть). Проживал пациент вместе с матерью, бабушкой и бабушкой.

Рос спокойным, общительным, добрым, ласковым ребенком. Детские дошкольные учреждения посещал с 1 года 2 мес. Адаптировался сразу. С 4-х лет оставался в круглосуточном режиме, на воскресенье забирала домой. Из заболеваний мать отмечает ОРВИ, бронхит и гастрит с начала школы. В школу пошел с 7 лет. До 2-го класса на обиды со стороны сверстников мог реагировать плачем, но затем научился защищать себя. Мать отмечает, что всегда “страдал за правду”. Со сверстниками ладил хорошо. В школьные годы увлекался футболом, рисованием, лепкой, выжиганием по дереву, ремонтировал мотоцикл деда.

Когда ему было 8 лет, мать вышла замуж повторно. Отношения с отчимом были плохими, т.к. тот злоупотреблял алкоголем, избивал мать. Во время злорадства пациент всегда вставал на сторону матери, защищал ее, в том числе и физически. Во времена запоев отчима приходилось выходить работать вместо него. Учился слабо. Дублировал 2 класс: в связи с замужеством матери они с сыном переехали в село, где мальчик должен был пойти в 3 класс. Мать поссорилась с учительницей, и та отказалась принять мальчика, были вынуждены поместить его классом младше. Окончил 7 классов. Далее учебу бросил (не захотел учиться), так как считал, что тяжелое материальное положение семьи не позволяет ему оставаться иждивенцем. Работал доярком. В армию призван в 18 лет. Служил в морфлоте в Севастополе. Через 5 месяцев службы был комиссован в связи язвой желудка. После возвращения работал сначала в Ростове на стройке, где его обманули и не заплатили, затем грузчиком на рынке, но работа не понравилась. Вернулся домой, и, окончив курсы трактористов, устроился работать. Пациент всегда был непритязателен в еде и одежде, никогда не упрекал мать за плохое материальное положение. Даже зарабатывая самостоятельно, зарплату отдавал матери, не требовал приобретения каких-либо вещей, лишь говорил о своих предпочтениях. Мать же старалась прислушиваться, по возможности, к его пожеланиям. Петр был “очень порядочным, отзывчивым, дружелюбным”. Мать вспоминает, что их дом всегда был полон гостей, так как она считала, что лучше пациент будет находиться у нее на глазах, это не позволит ему попасть в дурную компанию. Пациент в компании чувствовал себя уверенно, любил петь песни под гитару, хотя инструментом не владеет, играли друзья. Близких друзей было трое, с двумя и по настоящее время поддерживал теплые отношения. Один из друзей погиб в автомобильной катастрофе в 2000 году, пациент тяжело переживал смерть друга, “с кладбища увозили на скорой, сам не мог идти”. Отношения в рабочем коллективе также всегда складывались хорошие, был исполнительным, уважительно

относился к старшим. Конфликтные ситуации всегда принимал близко к сердцу, “слишком сильно переживал, ходил пасмурным и грустным”, в то же время “никогда не затаивал обиды, был отходчивым”.

Из вредных привычек отмечает курение с 15 лет. В отношении алкоголя мать подчеркивает, что “норму знал”. В 22 – 23 года, находясь на работе, выпал из трактора, не мог идти, коллеги под руки доставили его домой, будучи уверенными, что он находится в состоянии опьянения, но дома признался родным, что “так пошутил”.

В возрасте 22 лет стал совместно проживать с девушкой. Мать была против этой связи, но пациент настоял на своем, однако, через несколько месяцев ушел от подруги, так как она сама и ее семья вели асоциальный образ жизни, девушка и ее мать часто употребляли алкогольные напитки, курили. В последующем общался с девушками, но серьезных отношений не имел. В 27 лет в компании друзей познакомился с будущей женой. Жена по образованию педагог, в тот период времени работала парикмахером. Мать была против этого брака, так как невеста была старше на 6 лет, но мешать не стала, так как видела, что “сын влюбился, ухаживал, дарил цветы, конфеты и подарки”. Мать считает, что жена всегда была главной в семье, несмотря на то, что её сын всегда зарабатывал больше, утверждает, что “жена его под каблук подгибала”. Рождение внука было долгожданным событием, так как 2 предыдущие беременности завершились печально: первая гибелью плода на большом сроке, вторая — самоабортom на сроке около 3 – 4 недель беременности.

Отношения между женой и матерью, характеризовавшиеся напряженностью, всегда беспокоили пациента, со слов матери, именно недовольство отношением к матери чаще всего провоцировало ссоры в молодой семье. Жена сына крайне редко приезжала в гости и не отпускала к бабушке ребенка без своего присутствия. Сам же пациент продолжал поддерживать близкие отношения с матерью, звонил ей несколько раз в день, советовался по многим вопросам. В моменты душевных переживаний мог звонить даже в ночное время. Часто самостоятельно, один навещал мать. Она старалась поддерживать сына, помогала его семье материально. Во время своих приездов невестку критиковала редко, пытаясь “не влезать” в семейные отношения сына, хотя и высказывала ему время от времени недовольствие — наедине или во время телефонных разговоров.

В день случившегося около 22:00 матери позвонила жена пациента, сказала, что он пропал. Мать утверждает, что накануне ей снился сон, где “Петр лежал в темной яме”. Пока шел розыск, мать гадала на картах и по фотографиям, “узнала, что живой, но больной”. Уверена, что сына отравили в придорожном кафе.

Из беседы с другом пациента, который вместе с ним работал в последнее время мать узнала, что в день исчезновения пациент поссорился с механиком, который велел Петру отдать коллеге свою рабочую

машину, которую он недавно привел в порядок, а самому пересест на неисправный трактор и заниматься его ремонтом. В сердцах пациент заявил, что увольняется, собрал свои вещи и покинул расположение бригады. Попытки связаться с ним со стороны сослуживцев не увенчались успехом.

Впервые увидев сына в больнице, мать заплакала, с ее слов, он “сбросил около 10 кг, выглядел жалким, растерянным, беспрекословно выполнял все команды”. Голос был тонким, протяжным, “глаза испуганными”, из них всё время текли слёзы. Сразу мать больной не узнал. О том, что он её вспомнил, по телефону сказал позднее лечащий врач. Во время госпитализации в Егорлыкскую ПБ отмечает, что сын всё время был подавленным. Долгое время не мог пользоваться мобильным телефоном. С матерью сын поделился, что за время госпитализации в РостГМУ вспомнил и как бы увидел “спину деда и езду на мотоцикле в детстве, свой двор, соседа Андрея, а также игру с сыном, где сын называл его “коняка” и просил покатать”. В настоящее время вновь часто звонит матери, по его приглашению она приехала в Ростов и проживает у сестры, чтобы принять участие в нашей конференции.

Анамнез со слов жены:

Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем у отца и **матери** пациента (*второе противоречие*). Также по линии матери наследственность отягощена сердечно-сосудистой патологией, мать страдает гипертонической болезнью и пороком сердца, бабушка умерла в возрасте 76 лет после перенесенного 3-го инсульта. Родился от первой беременности, единственный ребенок в семье. Родители расстались на 3-м месяце беременности матери, с родным отцом пациент не знаком. В свидетельстве о рождении отцом записан родной дядя. Рос подвижным ребенком, в дошкольном возрасте перенес бронхит, лечился стационарно. О периоде детства жене известно, что из-за постоянной смены гражданских мужей матери пациенту приходилось часто менять место жительства и школы. Воспитанием больше занимались бабушка и дедушка (*вновь противоречие*). Любил животных, помогал дедушке разводить курей. В школу пошел в 7 лет, учился слабо, окончил 7 классов. Работал с 14 лет, сторожем, грузчиком. В 18 лет был призван в армию, служил в морфлоте. После возвращения работал грузчиком.

Познакомился с будущей женой в июле 2005 г., когда ему было 27 лет, а жене 33 г., настойчиво ухаживал, с 5 октября того же года стали проживать вместе. Брак был зарегистрирован 2 марта 2007 г. 31 марта 2007 г. от **второй** беременности родился сын, который был очень желанным, 1-я беременность завершилась на сроке 26 недель искусственными родами в связи с внутриутробной гибелью плода. Сын перенес пневмонию, в связи с чем на 4-м дне жизни был реанимирован. “Когда увидел сына в реанимации - потерял сознание”. Первыми словами сына были “папа”

и “Ольга”, чем пациент очень гордился. Помогал в воспитании сына.

В 2006 г. во время работы на мельзаводе перенес закрытую черепно-мозговую травму (удар железной трубой по голове), отмечались подъем АД, головокружение, рвота, снижение памяти. Лечился стационарно около 3 недель с диагнозом “посттравматическая энцефалопатия, ангиоцефалгический синдром”.

С октября 2007 г. работал в Москве трактористом — вахтовым методом.

Жена характеризует пациента как человека стеснительного, “домашнего”, трудолюбивого, но при этом вспыльчивого, несдержанного, обидчивого.

Особых интересов и увлечений у пациента не было, любил смотреть по телевизору передачу “Жди меня”, военные фильмы.

Известно, что у пациента имелось 3 близких друга, один из которых умер, будучи студентом, второй женат на двоюродной сестре Петра, третий проживает в Ростове.

Из вредных привычек отмечает курение (по 2 пачки в день), а также алкоголь, предпочитательно пиво и водку. В состоянии легкого алкогольного опьянения становился более общительным, веселым, но если выпивал много, был агрессивным, “провоцировал скандальные ситуации, бил посуду, кидал тарелки, мог стукнуть в стенку, разбить стекло”. На следующее утро чувствовал себя плохо, но не опохмелялся. В 2007 г. в состоянии алкогольного опьянения участвовал в драке, в результате которой получил укушенную рану первого пальца правой кисти, есть шрам. В январе 2012 г. в тяжелом алкогольном опьянении угрожал выбросить из окна телевизор, выгнал на улицу жену и ребенка.

Известно, что в январе 2012 г. устроился трактористом в Краснодарском крае, где и работал до произошедшего. Жена рассказала, что до случившегося был достаточно пассивным, “на лице редко появлялась улыбка”. В течение последних 3-х дней до своего исчезновения употреблял алкоголь. Перед непосредственным выходом на работу пил с друзьями всю ночь. На работе на фоне алкогольного опьянения произошла ссора с механиком, после которой пациент решил уволиться, собрал все вещи и ушел. Коллега по работе и механик звонили на его сотовый телефон, хотели вернуть, вначале шли гудки, но никто не отвечал, примерно после 21:30 абонент стал недоступен.

Когда в больнице проходило опознание, со слов жены, у больного текли слезы. Почти сразу вспомнил сына, говорил, что сын “руки тянул во сне”, вспомнил дату своего и его рождения. Через некоторое время самостоятельно вспомнил бабушку, этим воспоминаниям был очень рад. Мать самостоятельно вспомнить не мог, после ее представления особых положительных эмоций не испытал. Во время госпитализации в Егорлыкскую ПБ бабушка скончалась, очень переживал, плакал, ездил на похороны. До госпитализации в РостГМУ ходили в гости к теще и сестре. С родственниками встречаться не хотел, “будут смотреть на

меня, а у меня как кол в голове забит”. 27.11.12 после разговора с женой по телефону, вспомнил улицу в городе, светофоры, которые, со слов жены, убрали 3 года назад. Также попросил привезти куртку, вспомнил, что на ней, несмотря на новизну, есть дырка. Вернувшись домой, жена действительно убедилась в этом.

Из медицинской документации:

Специализированная психоневрологическая больница Краснодарского края:

Находился с 23.08.12 по 06.09.12.

Психический статус при поступлении: сознание клинически не помрачено, но продуктивному вербальному контакту не доступен, на все вопросы, касающиеся времени, места жительства, фамилии отвечает “не помню”, понимает, что находится в больнице. Сохранились в памяти события последних 3 дней, и то недостаточно полно. Мышление малопродуктивное, ближе к конкретному, симптомов психотического уровня не выявляется. Эмоциональный фон спокойный, однообразный. Память: выраженное амнестическое состояние, не может расписываться, т.к. не помнит своей фамилии. К своему состоянию критика формальная.

Неврологический статус: ЧМН без изменений, координации удовлетворительные, патологических знаков нет.

Соматический статус — без особенностей.

Психолог от 29.08.12: Фрагментарность воспоминаний личностно-значимого характера, легкое ослабление запоминания, неустойчивость, ослабление концентрации внимания, интеллектуальная ограниченность, недостаточная критичность.

РЭГ от 3.09.12: Пульсовой кровотоков резко снижен. Артериальный гипотонический тип.

ЭЭГ от 30.08.12: Выраженное изменение биоэлектрической активности, отражающее дисфункцию корково-подкорковых взаимоотношений. Реактивность коры удовлетворительная. Функциональное состояние мозга неустойчивое.

Было проведено лечение:

1. Дезинтоксикационное — смесь Штыревой до 400 в/в,
2. Пирацетам до 1000 мг/сут,
3. Феназепам до 1,5 мг в/м, Сибазон до 20 мг/сут в/в.

Выписан 06.09.12 для дальнейшего лечения по м/ж с диагнозом “Выраженный амнестический синдром неясного генеза на органически неполноценном фоне, F 04.9”.

С 10.09.12 по 09.11.12 находился на лечении в *Егорлыкском филиале ПНД РО* с диагнозом: амнестический синдром выраженный неясного генеза на органически неполноценной почве. Сопутствующее заболевание: ГБ 2 ст., 2 ст., риск 2 – 3. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, с болевом мышечно-тоническим с-мом.

Соматический статус — без особенностей.

Неврологический статус: Зрачки D=S. Недостаточность конвергенции. Асимметрия носогубной складки слева. Сухожильные рефлексy с верхних ко-

нечностей DS, с нижних конечностей — торпидны. ПНП выполняет неточно слева. Пальпация п/в точек болезненна в поясничном отделе позвоночника.

Психический статус: сознание ясное. Ориентировка всех видов сохранена. В беседу вступает свободно. Мимика, пантомимика малоэкспрессивны. Внешне выглядит угрюмым, растерянным. Мышление конкретное. На вопросы отвечает по существу. Вспоминает события из детства, частично армейскую службу. События до потери памяти (работа, сотрудники) амнезированы. Сохранены события примерно с 19.08.12. Предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, частичное выпадение памяти. Бред, галлюцинации не выявляет. К состоянию критика формальная.

Экспериментально-психологическое исследование от 19.09.12. Выявлены нарушения психических процессов органического типа на фоне сниженного уровня интеллектуального развития, в сочетании с эмоциональной нестабильностью, растерянностью, подавленностью, пессимистической оценкой своих перспектив, субдепрессивным состоянием. Данные эксперимента не позволяют в полной мере оценить имеющиеся нарушения психических функций и личностных особенностей в связи с актуальным состоянием испытуемого. Для определения патопсихологического регистра-синдрома требуется катамнестическое наблюдение и повторное исследование.

Было проведено **лечение:** винпоцетин, парацетам, вит В1, В₆; диклофенак, мидокалм, церебролизин, сибазон, кофеин, вит Е, мексиприм, никотиновая к-та, хлористый кальций, магnezия; ранитидин, эналаприл, глицерин, индап, адекардол, кетилепт, велаксин, эфевелон, кавинтон, релаксон. Выписан без значительного улучшения. Сохранялась утрата памяти на события прошлого, частые головные боли, колебания АД, метеочувствительность. Сон медикаментозный.

27.09.12 г., 17.10.12 г. был консультирован доцентом кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ А. Я. Переховым. Рекомендовано с целью продолжения диагностического процесса перевести больного в клинику психотерапии РостГМУ.

12.11.12 г. поступил в психотерапевтическое отделение клиники РостГМУ.

При поступлении: сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. Сидит в напряженной позе, на предложение сесть поудобнее меняет позу, но продолжает держаться напряженно. Говорит тихим голосом, зрительный контакт поддерживает не постоянно. В беседе с врачом сдержан, дистанцию в разговоре с врачом соблюдает, производит впечатление человека стеснительного. Мимика, пантомимика малоэкспрессивны, но соответствуют тематике высказываний. Внешне выглядит подавленным, несколько растерянным. Фон настроения снижен. Мышление по содержанию не нарушено, слегка замедлено по темпу. На вопросы отвечает по существу. О событиях примерно с 19.08.12 говорит достаточно уверенно, ссылаясь на собственные вос-

помятая, остальные события воспроизводит, постоянно упоминая о том, что знает о них со слов матери и жены, подтверждает, что сам все забыл и вспомнить пока ничего не удастся. В процессе беседы успокаивается, поза становится более расслабленной. Меняется интонация, голос становится немного громче. Активная психопатологическая симптоматика в виде бреда, обманов восприятия не выявляется. Критичен к своему состоянию. Говорит о желании вспомнить события жизни.

Предъявляет жалобы на частичную потерю памяти в виде отсутствия воспоминаний о собственной личности и жизненных ситуациях, связанных с ней, головные боли сдавливающего характера в затылочной, теменной и лобной областях, двоение в глазах, слабость. При усилении головных болей отмечается частое мигание. При целенаправленном расспросе удалось выявить, что помимо перечисленных жалоб, отмечаются суточные колебания настроения (в первой половине дня выраженная разбитость, слабость, к вечеру данная симптоматика в значительной степени уменьшается).

Рассказал, что “устал от многочисленных расспросов”, тем более, что они не помогают воспоминаниям, а попытки усилием воли припомнить какие-либо события утомляют и вызывают головную боль.

На фоне проводимой психотерапии дезактуализировалась идея обязательного воспоминания всех событий своей жизни, появилась возможность рассуждать о перспективах своей жизни без опоры на собственное воспоминание прошлого пережитого опыта, основываясь на доверии к словам родственников и сохранившихся бытовых и профессиональных навыков. Пациент стал более свободно общаться с окружающими, особенно с соседями по палате. Стараясь отвлечься от негативных мыслей и переживаний, рассказывает анекдоты, пытается шутить. Как отмечает мама, стал чаще звонить ей, в беседе по телефону не проявляя грусти и тревоги, все больше ориентируясь на положительное завершение произошедшей ситуации. Охотно соглашается помочь в простых бытовых делах (проводить соседа по палате на консультацию, принести воды). Фон настроения улучшился, однако в ответ на настоятельные просьбы и рекомендации со стороны окружающих вспомнить что-либо о своей жизни раздражается, ссылаясь на головные боли, дает протестные реакции на громкие раздражители.

Отмечается положительная динамика в нормализации продолжительности и глубины ночного сна. На попытку снижения доз препаратов дает выраженные вегетативные реакции в виде повышения АД и усиления тревоги, которые купируются однократным приемом 0,5 мг алпрозолама в течение 20 – 30 мин.

В течение 2 – 3 дней адаптировался в отделении, стал проявлять инициативу в общении с врачом, интересуется назначенными препаратами.

Работа в гипно-суггестивных техниках позволяет беседовать с пациентом более длительное время,

встречи продолжительностью более 1 часа не вызывают у пациента прежнего напряжения и головной боли, однако, сохраняется утомляемость.

За время пребывания в отделении расширился спектр эмоционального реагирования, стал более активным.

Получал **лечение**: психотерапевтическое и лекарственное (Велаксин до 300 мг/сут, Триттико до 150 мг, Sol. Relanii 2,0 мл (10 мг) + Sol. NaCl 200 в/в кап. в 20:00, Альпрозолам до 3 мг/сут, Вит В1 и В6 2,0 через день).

Заключение психолога (С. В. Ибрагимова.) 17.11.2012 г.: обнаружены признаки органического патопсихологического симптомокомплекса умеренной степени выраженности, с признаками пограничной интеллектуальной недостаточности. Кроме того, выявляются признаки личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса, с преобладанием сенситивно-психастено-шизоидных черт по степени выраженности не менее, чем уровень акцентуации, с выраженными признаками декомпенсации по ипохондрическому типу на момент исследования, и умеренно выраженной склонностью к депрессивным реакциям конверсионного типа (психогенно-невротический симптомокомплекс). Следует отметить, что в силу выраженности выявленных нарушений познавательной сферы, эти данные нельзя считать достаточно валидными.

В. А. Солдаткин: А теперь предоставляю слово специалисту в области психофизиологического исследования с применением полиграфа Роману Станиславовичу Иванову.

Р. С. Иванов: Уважаемые участники конференции, цель психофизиологического исследования с применением полиграфа (ПФИ) — установить, способен ли пациент воспроизводить информацию о событиях его жизни до потери памяти.

С этой целью, используя возможности метода ПФИ, мы планировали выявить способность пациента физиологически реагировать при воспроизведении информации (процесс воспоминания) о событиях, которые произошли с ним после поступления в Тихорецкую ЦРБ (контрольная группа вопросников).

Перед проведением исследования был разработан следующий алгоритм: если будет установлено, что исследуемый способен проявлять физиологические реакции при предъявлении контрольной группы вопросников, то будут предприняты усилия зарегистрировать физиологические реакции, связанные с воспроизведением информации о значимых событиях его жизни до потери памяти (проверочная группа вопросников). В том случае, если соответствующие реакции на контрольной группе вопросников будут получены, а при этом реакции на проверочной группе вопросников не получены, то это позволит сделать предположение о том, что пациент не способен к воспроизведению информации о событиях прошлого до потери памяти — т.е. не помнит их. В противном случае, если соответствующие реакции на контрольной

группе вопросников будут получены, а при этом реакции на проверочной группе вопросников также будут получены, то это позволит сделать предположение о том, что исследуемый способен к воспроизведению информации о событиях прошлого до потери памяти — т.е. помнит их. Если соответствующие реакции на контрольной группе вопросников получены не будут, то из этого следует, что функциональное состояние пациента не пригодно к применению метода ПФИ.

Аппаратура и регистрируемые показатели: в ходе исследования для регистрации физиологических реакций пациента применялся компьютерный полиграф ПИК-01, с помощью которого фиксировались динамика дыхания, активность сердечно-сосудистой системы, электрическое сопротивление участка кожи человека, его речь и двигательная активность. Данные показатели регистрировались в виде графических данных — полиграмм, отражающих ход и условия исследования. Анализ полиграмм, полученных при проведении исследования, требует использования специальных знаний в области ПФИ с применением полиграфа.

Применяемая методика. При психофизиологическом исследовании с применением полиграфа была использована “Методика выявления скрываемой информации” (concealed information technique, далее — МВСИ)².

Пациенту была предъявлена контрольная группа вопросников. Эти вопросники направлены на выявление способности исследуемого лица физиологически реагировать при воспроизведении информации (процесс воспоминания) о значимых событиях, которые произошли с ним в период после поступления в Тихорецкую ЦРБ.

Для активизации процесса воспроизведения информации были отобраны стимулы, несущие пациенту значимую информацию о событиях прошлого, запечатленных в его памяти:

После потери памяти Вас лечили в Тихорецке?

На карточке было написано L – 621?

В Тихорецк Вы добирались пешком по железнодорожным путям?

На карточке был изображен круг?

На карточке было написано Орфус?

Имя Вашей матери Ирина?

Вы когда-либо совершали поступки, за которые Вам стыдно до сих пор?

Значимость приведённых стимулов была усилена с помощью соответствующей целевой установки. Также к указанным значимым стимулам были подобраны однородные нейтральные стимулы, которые не связаны с событиями прошлого (после поступления в Тихорецкую ЦРБ) и не несущие пациенту ситуационно значимой информации.

² Методика производства судебных психофизиологических экспертиз с применением полиграфа. Институт криминалистики ЦСТ ФСБ России. М. 2009.

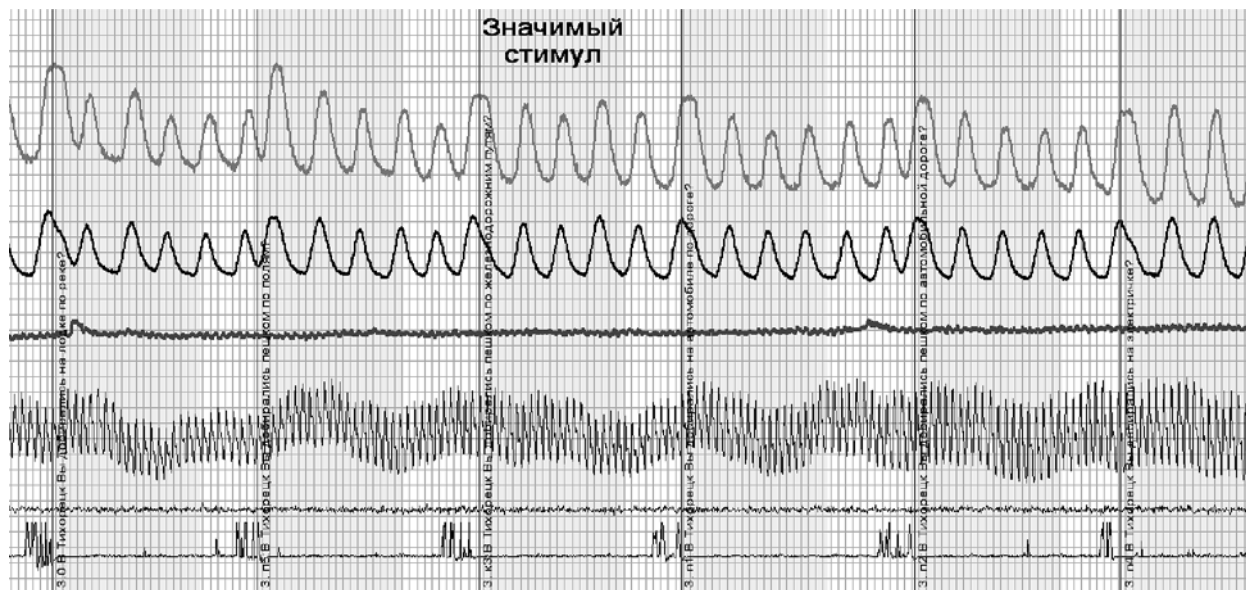


Рис. 1. Фрагмент графика записи физиологических реакций пациента при предъявлении вопросника

Предъявление этих вопросников показало, что функциональное состояние исследуемого не пригодно к применению метода ПФИ: **он не способен проявлять физиологические реакции на вопросы о событиях прошлого, произошедших с ним после поступления в Тихорецкую ЦРБ, которые он точно способен воспроизводить.**

Ниже, в качестве иллюстрации, приводится фрагмент графика записи физиологических реакций пациента при предъявлении вопросника № 4, на котором отсутствуют выраженные физиологические реакции на значимый стимул *“В Тихорецк Вы добирались пешком по железнодорожным путям?”* (см. рис. 1).

Иными словами, у пациента не проявляется психофизиологический феномен, т.е. внешний стимул (вопрос), несущий ему значимую информацию о событии, не вызывает уникальные физиологические реакции, превышающие реакции на однородные стимулы, предъявляемые в тех же условиях и не несущие ситуационно значимой информации. В этой связи можно сделать прогноз о том, что с помощью метода ПФИ у исследуемого также не будут обнаружены физиологические реакции на вопросы о событиях его жизни на этапе до потери памяти.

Заключение. В результате проведения психофизиологического исследования с применением полиграфа установлено, что пациент не способен физиологически реагировать на значимые стимулы, несущие значимую информацию о событиях прошлого, после поступления в Тихорецкую ЦРБ, следы которых точно хранятся в его памяти, поэтому его функциональное состояние не пригодно к применению полиграфа. Поскольку не функционирует психофизиологический механизм, обеспечивающий физиологическое

реагирование при активизации следа памяти, то установить с помощью метода ПФИ, способен ли пациент воспроизводить информацию о событиях его жизни до потери памяти, не представляется возможным.

В. А. Солдаткин: Спасибо, Роман Станиславович, за Вашу бескорыстную помощь в обследовании и за подробный доклад о результатах. Есть ли вопросы по заключению специалиста?

В. Г. Остроглазов: Впервые, или нередко, при проведении Вашего исследования Вы получаете результат — полиграфически “не пригоден в связи с неспособностью реагировать на значимые стимулы, несущие значимую информацию о событиях прошлого...”? — *Крайне редко.*

В. А. Солдаткин: Есть ли в литературе указания на частоту лекарственно обусловленного исчезновения способности физиологически реагировать на предъявляемые стимулы, что обуславливает непригодность к исследованию? — *Мне такие данные не известны.*

Врач-докладчик: МРТ ГМ от 19.11.12: МРТ — признаки умеренной дилатации ликворных пространств, внутричерепной гипертензии.

ЭКГ: нарушение внутрижелудочковой проводимости. Нарушение процессов реполяризации миокарда передней области сердца.

УЗИ органов брюшной полости: УЗ признаки гепатомегалии, диффузных изменений печени характерные для гепатоза, умеренных диффузных изменений поджелудочной железы.

Консультации специалистов:

Невролог 27.11.12. В неврологическом статусе: асимметрия носогубных складок. Сухожильные рефлексы живые, D>S, без патологических стопных знаков. В позе Ромберга шаткость без преобладания сто-

ронности (больше при закрывании глаз). Походка с элементами атаксии. Трemor пальцев вытянутых рук. Цефалгический синдром. Дисмнестический (амнестический) синдром. Болезненность паравертебральных точек в пояснично-крестцовом отделе. Диагноз: Энцефалопатия токсического генеза? Абузусная головная боль? Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника? Рекомендовано: Ноотропы, витамины группы В; рентгенограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника; повторная консультация с результатами дообследования.

Нефролог 28.11.12. В ОАМ от 13.11.12 выявлена лейкоцитурия (15 – 20*), следовая протеинурия, что может быть результатом неправильного сбора мочи, т.к. далее в двух анализах (от 16.11.12 и 28.11.12) патологических отклонений не выявлено.

Офтальмолог 30.11.12. Миопия слабой степени, ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Гастроэнтеролог 3.12.12. Стеатогепатит минимальной степени активности. Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки в стадии неполной ремиссии. Хронический гастрит в стадии неполной ремиссии.

В. А. Солдаткин: Приглашаем для беседы мать пациента — Нину Петровну. Возможность для беседы с ней я с удовольствием предоставляю Виктору Гавриловичу.

В. Г. Остроглазов: Здравствуйте, Нина Петровна! Скажите, как рос в раннем детстве Ваш сын? — *Без отца, до 1,5 года с отцом, потом я разошлась, воспитывала бабушкой и мной.* — Он даже не ползал, а сразу пошел? — *В 1 год 2 месяца он пошел хорошо, а до этого упирался головой, поднимал туловище и старался подняться, чтобы стоять на ногах.* — А первые слова? — *Рано начал говорить, так же как и ходить, когда пошел в ясли.* — Он был послушный, домашний, ласковый, общительный? — *Общался с детьми, как и все.* — А потом он изменился по характеру? — *В школу пошел, его обижать стали. Наверное, потому что спокойным был, раз пришел, его ребята поколотили, второй раз, я говорю сдачи давать надо. Сдачи дал, его зауважали.* — Это повлияло? Стал он чувствительный, ранимый, обидчивый, или он всегда такой был? — *Он всегда был такой, на одной ноге находился.* — А гастрит у него рано начался? — *Как пошел в школу, у него сразу гастрит начался.* — А как вы это узнали? — *Он в больнице лежал.* — Он жаловался на что-то? — *Показывал, что живот болит.* — А говорил, как болит? — *Нет. В больнице сказали, что это гастрит.* — Это прошло, или повторялось в течение жизни? — *Было у него по жизни такое.* — А еще на что он жаловался до флота? — *Желудок был, вывих был.* — А голова? — *За голову ни разу не говорил.* — А у Вас с сердцем что? — *У меня врожденный порок сердца.* — Вам даже трудно было учиться? — *Да.* — Чуть не оставили школу? — *Да.* — Сердце прихватывало? — *Да, я задыхалась.* — Как задыхались? — *Поднималась на 2 или 3 этаж,*

и у меня одышка. — А бывало так, никуда не поднималась, а сердце прихватывало? — *Бывало, кололо в груди.* — Настроение портилось от этого? — *Конечно.* — Что думали? — *Ничего такого. Если сердце прихватывало, руки немели, ноги немели. Но чтобы отчаиваться совсем, нет.* — А было ли так плохо с сердцем, хоть скорую вызывай? — *Было такое, конечно вызывали.* — А так, что вот сейчас всё, конец? — *Об этом никогда не думала. Бывало, вызывали скорую, сделают укол, или в больницу положат, отлежусь и опять домой.* — Чем Вы болеете сейчас? — *Давление в основном.* — Как настроение, депрессии бывают? — *Нет.* — Голова болит? — *Бывает, что голова болит.* — У Вас сестра глухонемая, она родилась такой? — *Да.* — А отец, какой был по характеру? Вы в отца или в мать? — *Я в отца пошла. Мать у нас слабохарактерная, она и нашим, и нашим, как говорится. А я такая, белое так белое, черное так черное.* — Отец чем болел? — *Никогда в больнице не лежал, крепким был, не жаловался никогда.* — Злоупотреблял спиртным? — *После пенсии начал иногда выпивать. По праздникам, как и все выпивают.* — А сын во флоте крепкий был, а через 5 месяцев его почему комиссовали? — *Ушел в армию, его не забирали, он сам заявление написал, хочу служить.* — А почему не забирали? — *Потому что язва желудка у него уже была.* — У него диагноз был такой? — *Да, в карточке было написано.* — Ему плохо стало в армии, или увидели этот диагноз? — *Он болел перед этим, лежал в терапии с язвой желудка. Потом на комиссии Батальск пропустил, значит дальше пошли.* — А чтоб когда-то как заикался, запинки речи не было ли? — *Нет.* — В каком классе он оставался на второй год и почему? — *Мы приехали в другое село, его учительница не захотела взять в этот класс. Поэтому.* — Ему всегда было трудно учиться? — *Да.* — Сейчас он сильно изменился? — *Изменился. Совсем поменялся. Какой-то он стал “ежиком”, боится всего, даже по взгляду видно, глаза у него куда-то ушли, провалились. Раньше у него глаза блестели, искорка была.* — А сколько ему лет было, когда он из трактора вывалился? — *Это после армии было, лет в 25.* — Ведь его под руки вели друзья, он шатался, они думали, что он пьяный? — *Нет, он совершенно трезвый был. Бабушка сказала, внучек, где ты был, думала, что он пьяный. Он сказал, уже через 2 часа, что пошутил, бабушку за нос водил все это время. Я ему говорю “Петя, что ж ты бабушку дуришь?”. Он сказал, что пошутили с ребятами, решил разыграть.* — Вы верите ему? — *Ну, я-то своего ребенка знаю!* — Он мог ли так поступить? — *Мог, но сейчас нет. 100 % нет!* — Внук как сейчас себя чувствует, что ему обследуют? — *Родился такой, или инфекцию занесли, я не знаю.* — А сейчас что? — *Кишечник у него, запоры. Это мама знает.* — Вам не очень хочется об этом говорить? — *Это мамыны проблемы, я не хочу об этом говорить. Я с ними не живу, они сами живут.* — А когда трубой Петра по голове ударили? — *У него сотрясение было,*

это он на мельнице работал. — Сознание он терял? — Я за это не знаю. — У него же и память расстраивалась? — Да. — А не было такого как теперь, что он не помнил? — Нет, такого не было. Я точно не могу сказать, знаю, что ему плохо было, тошнило, жаловался, что голова болит, в больнице лежал. — В последние годы часто ли он жаловался на давление, голова болела? — Давление было, за голову не знаю. — А сердце? — За сердце не знаю. — А живот? — Жаловался, что желудок болит. — Он ведь молодой человек еще, сохранилась ли карта развития ребенка, или история болезни в поликлинике? — Эта карточка в военкомате, они ее изымают и не отдают на руки. — Это правда, что когда с ним это случилось, Вам провидческий сон приснился? — Да. — Бывают такие совпадения? — Бывают. — Вещие сны бывают? — Да. Лично у меня бывают. — Не случайно ли это? — Я во сне предвидела это.

В. А. Солдаткин: Перед тем как все произошло, были какие-то признаки, которые вас тревожили — за месяц, или больше? — *Если б он рядом жил, я, может, что-то и заметила. — А Вы его видели за какое-то время до исчезновения? — Он приезжал ко мне, сказал, мам, поеду деньги зарабатывать. По словам жены, как она сказала, он не хотел ехать в командировку... — И все было как обычно, он как всегда реагировал, улыбался? — Да, шутил, все как обычно. Собрал вещи и уехал, и больше я его не видела. А потом, когда он пропал, телефон оборвался, в 10 часов звонил, через 15 минут уже никто не отвечает, и все. — А как у Петра с алкоголем, много пил? Были ли у него проблемы со спиртным? — Ну, пил, с ребятами выпивал. — Но мы знаем, что несколько дней подряд пил перед тем как все произошло. Так ли это? — Это с их слов, я не видела, за это ничего не могу сказать, он у меня не был. — За последние 5 – 7 лет он в одной поре, или он как-то изменился по характеру, по возможности общаться, по ответственности, какие-то перемены в нем Вы видели? — Когда мальчишкой был, конечно, не такой был, женился, другой уже характер у него стал, жестче. — Вы связываете это с женой? — Да. — Они сколько уже вместе живут? — Уже 8 лет. — За последние 2 – 3 года, Вы каких-то заметных перемен у него не видели? — Может если бы рядом жили, то и заметила бы, а так нет.*

В. Г. Остроглазов: Вы сейчас покрепче сердцем стали, если надо было бы, на какой этаж смогли бы подняться? — *Потихоньку я и до 9 доползу; сестра у меня на 3 этаже, но все равно отдышка у меня есть. — А на 3 не потихоньку? — Нет, сейчас нормально. — Как Вы думаете, что с Петром? — Кто его знает. Что случилось, я не знаю. — Заболел он нервно, или отравили? — Как он рассказал, что воды выпил и отравился, больше ничего не помнит. — Вы, когда-нибудь, думали о таких вещах как порча, сглаз? — Сейчас об этом все знают, уже верим этому. — По телевизору нам внушают это. Не думали когда-нибудь про порчу? — Нет.*

Беседа с женой — Ольгой Викторовной.

В. Г. Остроглазов: Здравствуйте! Скажите, Петр — в мать? — *В мать. — Ему сейчас лучше стало? — Нет. — Вы педагог по образованию? — Да. — Что сейчас с Вашим ребенком? — Когда ему делали прививки, стрессовое состояние, он начал моргать глазами и дергать плечиками. — Вы ему замечания делали? — Да, он говорит, само получается так. Мы наблюдались у невролога в Ростове, потом нас направили к детскому психиатру. — Когда он родился, сразу положили в реанимацию, врачи считали, что это опасно? — Да, врачи думали, что умрет. — Диагноз? — Внутричерепное давление и инфекция. — Были какие-то двигательные проявления? — Отказывался сначала кушать, и пневмония была. — Дыхание не ухудшалось? — Он дышал через кислородную маску. — На 4 день Петр пришел в реанимацию и потерял сознание, как это было? — Обморок у него был, но его подхватили медсестры. — Настоящий? — Да. — Глаза открыты были? — Открыты. — Он полностью сознание не потерял? — Нет. — А дальше? — Наши тетьки ему дали. — Он побледнел? — Не знаю, я была около ребенка. — И долго это с ним было? — Нет, это быстро прошло. — А когда прошло, он все помнил, что с ним было? — Да. — То есть выключение сознания не было? — Нет. — А потом он говорил, что с ним было? — Врач ему сказала “давай ты не будешь ходить в реанимацию, раз ты такой ранимый”. Он сказал “нет, я все равно буду ходить”. Дальше все нормально было. — Он сказал, что он чувствовал в тот момент? — Нет. — А когда его по голове ударили, это при Вас было? — Да. — Он лежал в больнице? — Да. — С сотрясением головного мозга? — Да. — Он тогда тоже терял память, не так как сейчас? — Нет, не так, он не помнил какие-то моменты. — Он обращал на это внимание? — Он не заострял на этом внимание. — Если бы не заострял, врачи бы не написали в выписке это. — Он не переживал об этом на тот момент. Головные боли его больше тогда беспокоили. — А голова как болела у него? — Не знаю, болит и болит. — Ведь она болела у него не в месте ушиба? — Не знаю. — По характеру он домашний, трудолюбивый, общительный, друзья есть сейчас? — Они не знают, как сейчас с ним общаться. Приветов передают. — Когда он выпьет, немножко веселый становится, а если побольше, то агрессивный? — Да. — И даже своих близких людей, Вас и сына, выгонял из дома? — Было такое. — А угрозы были? — Да, ребенок, видя его поведение, говорил, папа, ты что ненормальный, что такое делаешь. — А он? — Говорил, забирай его, а не то я его выкину в окно. — А шантажировал, что с собой что-то сделает? — Нет, такого не было. — А какие мотивы были у него? — Никаких, он никого не винил. — Ни с того, ни с чего? — Получается что так. — Может это ревность? — Нет. — Он не подозрительный? — Нет. — Значит непонятно, что с ним делалось? — С первых дней, когда начали с ним жить, я удивлялась, почему так резко менялось его*

настроение, когда выпьет, агрессия появлялась. — Словно перед Вами другой человек? — Да. — Мать говорит, он всегда меру знал. А Вы что скажете, он много пьет? — Если начинал, сутки пил водку, но не более того. Несколько дней подряд раньше не было. — А сколько бутылок водки он мог выпить за сутки? — 3 – 4 бутылки. — А после скандала, на следующий день, он с Вами мирился? — Наутро он не разговаривал ни с кем, не общался. Такое впечатление, что он на весь мир обиженный. Он даже с соседями в этот момент мог не разговаривать. — А что такое на него находило? — Так долго отходил. — Когда уже и трезвый был? — Да. — А когда все проходило, говорил — “я не знаю, что со мною было”? — Нет. Ничего не объяснял. — Кто командует парадом в семье, когда он не пьяный, Вы? — Да, я, наверное. — Он слушается? — Да. — Он вообще человек подчиняемый, когда трезвый? — В какой-то степени, да. Где-то может свое вставить. — А какой характер у него? Слабохарактерный он, и вместе с тем ранимый и чувствительный? — Да. — И вспыльчивый, до агрессии непонятной? — Да. — Ему это самому понятно? — Мне кажется, что ему самому это непонятно. — Что у него еще болело? — Язва желудка его беспокоила. — Боли? — Да. Когда выпивал, после агрессии, долго заснуть не мог. Ложился на пол, ворочался, катался по полу, поднимал диван, двигал кресло, стул. — Это, когда спать хотел? — Да, не мог заснуть, что его беспокоило, я не знаю. Если мы с ребенком спали на диване, он поднимал диван, говорил, уходите в другую комнату. — Вы его спрашивали, ты что творишь? — Нет, я боялась. — То есть, Вы видели, что он не в себе, и его побаивались? — Да. — И долго он так возился? — До утра. — Вы в Бога верите? — Я, да. — А он? — Я думаю, что он не верит. — А суеверный? — Нет. — В сны не верит? — Нет. — А мать? — А мать верит. — Она говорит, “он пропал, а мне приснилось, что он в темной яме”. — Она верит этим снам. — У него только дом, работа, передача “Жди меня” и все? — В основном, да. — В “Жди меня” он смотрел такие случаи? — Он все смотрел. — Он говорил о таких случаях? — Нет. — Как вы думаете, он заболел, или что с ним? — Я думаю, что это конечно болезнь, или это последствия, когда он агрессивным становился, это как-то связано с его прошлым. Детская психика была в какой-то степени нарушена. — Вы думаете, что это не последствия клофелина, а именно нервная болезнь, когда он терял контроль, это связано с нарушенной психикой с детства? — Да. — Мама это склонна преуменьшать? — Я думаю, да. — Бабушка, до какого возраста его воспитывала? — По-моему до школы. — Мама — не очень любящая? — Любящая по своему, она более мужского склада характера. — Значит, он не совсем был нервно и психически здоров до этого случая? — Я думаю, что надломлена была психика, что повлекло последствия за собой, после клофелина. — Как Вы думаете, сейчас он трудоспособен? — Сейчас нет. — Когда Вы к нему пришли с матерью, он от-

казался Вас признавать, как он себя вел? — Врач его спросил, Петя кто это, ты узнаешь? Он ответил: не знаю. Это твоя жена, а это твоя мама. Он голову опустил, и слезы у него текли. Глаза опущены у него были. Отчужденный какой-то был. — А теперь он Вас вспомнил? — Говорит, что вспомнил. — Он не склонен говорить, что с ним случилось? — Я спрашивала, ты всю жизнь вспомнил со мной, или же какой-то фрагмент? Он говорит что фрагментарно, какая-то картинка из жизни, видимо, стоит у него перед глазами.

В. А. Солдаткин: Ольга, у Вашего мужа были какие-то экстраординарные, необычные способности на протяжении последних лет? — Нет, хотя мама говорила, что он мог массаж делать хорошо. — Бывало, что он говорил, что смотрит на ситуацию и чувствует, что она уже была, что она повторяется? — Нет, не говорил. — А не говорил, что попал в ситуацию, вроде бы все знакомое, а как будто впервые вижу? — Нет, никогда такого не было. — Вы сказали, что он мог пить максимум сутки, а перед конфликтом с механиком 3 дня пил, почему? — Свобода до хорошего не довела, он говорил, что часто там ребята выпивают, их увольнять начали за пьянку. Когда он звонил, я ему говорила, смотри, тебя могут тоже уволить. Мне кажется, что они с механиком пили вместе, накануне. — А руководитель, который мог бы их наказать за пьянку, не был вовлечен в конфликт? — Не знаю. — За несколько месяцев до произошедшего он был неулыбчив, грустен, или нет? — Он по жизни был постоянно такой угрюмый. — Это постоянное состояние или что-то с его настроением происходило за пару месяцев до произошедшего? — С апреля месяца, мне кажется, он более угрюмый и скрытный был. — А спать хуже не стал? — Нет. — Не просыпался рано утром, хотя не надо было? — Нет. — А есть меньше не стал? — Нет. — Не похудел? — Нет. — А всегда ест с аппетитом? — Да. Если долго телевизор смотрит, может и ночью поест.

Беседа с пациентом.

В. Г. Остроглазов: Добрый день! Скажите, пожалуйста, Вам становится лучше или нет? — В таком же состоянии. — Мы с Вами встречались, когда? — Вчера. — Все помните? — Вчерашний день, да. — Память работает нормально? — Когда, бывает, запоминаю, а когда нет. — Помните, я Вас о процентах спрашивал? — Да. — Еще раз скажите, вспомнили себя, биографию, примерно, на сколько процентов? — На 10% где-то. — Из этих 10% что сами вспомнили, а сколько просто приснилось? — 2 раза мне только приснилось. Ночью приснилось, я в 5 утра проснулся, у меня головная боль была сильная. А остальное, я в больнице лежал в Егорлыке, ребята разговаривали там об армии, и я вспомнил, где служил. — Флот вспомнили? — Да. — А собственные воспоминания, они натываются на что-то? Не удается вспомнить усилием воли? — Нет. — Становится хуже, или лучше? — Хуже становится. Голова болит сильно. — Еще

сильнее? — *Да*. — Если дальше вспоминать — все сильнее и сильнее, и дальше, что с головой? — *Или разрывается, или сдавливает*. — А если не обращать внимания и дальше вспоминать, то может что-то случиться, что-то серьезное? — *Сам я сильно не пытаюсь, потому что голова начинает болеть*. — И невозможно уже? — *Невозможно просто*. — И когда мы спрашиваем, и психологи, все приводит к головной боли? — *Да*. — Вы говорите: у меня голова болит, или я устал? — *Когда я работал с психологом, она спросила, ты устал, я ответил — да, и голова начала болеть*. — Как Вы поняли “кто я”? Очнулся, и дальше? — *Очнулся, вокруг огляделся, темно было, глянул, сумка рядом лежит, вещи вытащенные*. — Как Вы поняли, что ничего не помните? — *Я сначала не разобрал, а потом начал вспоминать, как меня зовут? — Не помню*. — Это, когда начал задавать вопросы? — *Да*. — Читать умеете? — *Плоховато*. — Прочтите что здесь написано (показывает заголовок газетной публикации)? — *“Скажите мне кто Я”*. — Так и у Вас было? — *Да*. — Можно ли человеку жить, не вспоминая и забыв, кто Я? Или это невозможно? — *Можно конечно*. — Как? — *Не знаю*. — Это состояние мучительно, когда человек забыл себя, или нет? — *Ну конечно, хочется вспомнить все. Мучительно!* — Вы рассказывали, что это не Вы вспоминаете, а Вам вспоминается. Иногда хотите не вспоминать, а все равно крутится в голове? — *Ну, бывает такое*. — А Вы пытались эти мысли прогнать от себя, не вспоминать? — *Вроде ложись, пытаешься, но не получается, оно все равно лезет в голову. Голова начинает болеть*. — Кроме головы, что еще болит? — *Сначала головная боль начинается, потом глаза начинают болеть, давит на глаза, потом туман, двоится в глазах*. — Потом закрываются глаза? — *Моргать потом начинаю сильно*. — А спина как болит? — *Жена говорит, я простудил ее просто*. — А сердце как болит? — *Как иголки, бывает, колот, сжимается. Это у меня редко, но бывает*. — За сутки после нашей беседы ничего нового не вспомнили? — *Нет*. — Как встретили сейчас мать и жену? Вы их признали? Или поверили по фотографии? — *Уже столько времени прошло, так вроде признал*. — Вы их о чем-то спрашивали? — *Сегодня нет*. — Вас что-то беспокоило, или не до этого было? — *Просто не до этого было*. — Какое у вас состояние? — *Нервно*. — О чем? Об этом? — *Да*. — Надежда есть, или больше сомнений сегодня? — *Больше, наверное, сомнений*. — Что так и не вспомните? — *Да*. — И что тогда, какие перспективы рисуются? — *Пока ничего не решится, просто сомнения*. — Что так и останусь? — *Да*. — Работать буду? — *Попробуюсь*. — Получится? — *Не знаю*. — Сомнения и в этом? — *Да*. — А о сыне спрашивали? — *Я разговаривал с ним по телефону*.

В. А. Солдаткин: Если вдруг Вас пригласят на передачу “Жди меня” или какое-либо другое ток-шоу обсудить, рассказать, как это бывает, поедете или, скорее, откажетесь? — *Не знаю*. — Представьте та-

кую ситуацию. — *Не поеду*. — Почему? — *Не знаю*. — Не хочется? — *Не хочется и все*. — Как текут Ваши мысли — спокойно, плавно текут, или что-то с ними не так? — *После нашего разговора я вышел, начала голова болеть, я пришел, лег, в компьютере начал фильм смотреть, вроде успокоило это, я ни о чем не думал*. — За сюжетом следилось нормально? — *Да*. — Все понимал, все осознавал, что в фильме происходит? — *Да*. — Путаницы нет в голове, нет такого, что мысли как-то переплетаются, параллельно идут 2–3 мысли, что они обрываются вдруг, таких явлений не происходит? — *Нет вроде*. — Вы рассказывали, что “пытаюсь вспомнить, иногда сам, иногда это происходит помимо воли, идут воспоминания, что аж голова разогревается”, и они что, натываются на какую-то преграду, которая мешает вспомнить? — *Такое ощущение, как забили туда что-то, и это не дает выйти*. — Это препятствие? — *Да*. — А с чем бы Вы его сравнили, на что это похоже? — *Не знаю*. — Стена, например? — *Стенка*. — Какая? Как бы описал эту стенку: кирпичная, бетонная, высокая, маленькая? — *Наверное, бетонная высокая стена такая*. — Толстая или нет? — *Толстая, не пробьешь ее*. — А при размышлении как-то ее можно ликвидировать, обойти может или разрушить? — *Не знаю*. — Не задумывался? — *Не задумывался*. — Пофантазируйте. — *Фантазировать у меня сейчас не получается*.

А. И. Ковалев: Задача, которую Вы перед врачами ставите, какая она, чего бы Вы хотели? — *Хотелось бы вспомнить все*. — То есть, вернуть все как было до потери памяти? — *Да*. — События нейтральные, не связанные с Вашей личностью, то, что в стране происходит, политическая обстановка, это все помните, кто президент страны, кто глава сельского поселения? — *Я сильно в это не вникаю, новости я редко когда смотрю*. — В любом случае, нейтральные события у Вас есть, Вы знаете, что происходит, например, Вы смотрите кино, события которые там происходят, они для Вас не удивительны, Вы понимаете, что там происходит? — *Бывает что не все*. — Есть мобильный телефон, Вы им пользуетесь, это у Вас не вызывает затруднения? — *Вызывало*. — То есть Вы его заново осваивали? — *Да*. — А что еще вызывало затруднения из тех вещей, которыми Вы пользуетесь? — *Как телевизор включить*. — Ложкой, вилкой пользоваться? — *Ложкой-то нет*. — Одеться, раздеться? — *Не было этого*. — Если бы Вы сейчас сели за руль трактора, Вы смогли бы им управлять, как Вам кажется? — *Не знаю даже. Я думаю, что не смог бы*. — Сомнения есть? — *Да*.

В. Г. Остроглазов: А Сталин, Гитлер — кто такие, хорошие или плохие люди? — *По фильмам, Сталин наш хороший, а Гитлер плохой*. — День победы, когда отмечаем? — *9 мая*. — Над кем победа? — *Над немцами*. — Вы помните, откуда Вы эту информацию получили? — *Фильмы смотрю*. — Это уже когда Вы потеряли память, фильмы, которые сейчас смотрите,

или откуда-то раньше? — *Это диски, которые мне в больницу приносят.*

Н. М. Турченко: Что сейчас в Вашем самочувствии неприятнее всего Вами переживается, какие самые неприятные у Вас бывают чувства? — *То, что голова болит, в глазах двоится, туман перед глазами стоит, руки начали дрожать, бывает, спина болит, если долго сидишь.* — А как бы Вы назвали Ваше настроение? — *Последнее время похуже.* — Какое оно? — *Даже не знаю. Последние 3 дня вообще его не было, настроения.* — А что вместо настроения было? — *Грустно, да и все.* — Сейчас Вы с Виктором Александровичем создавали такой образ, метафору — препятствие, которое Вам не дает вспомнить, Вы сказали, что это стена высокая, бетонная и невозможно ее пробить, а если представить что эта стена от чего-то Вас защищает, от чего бы она Вас защищала? — *Даже не знаю.*

В. Г. Остроглазов: Петр, Вы для себя такой же как раньше или какой-то другой стал? — *Для себя я другой стал человек.* — А какой? — *Спокойный стал.* — А сам себе понятный стал или не понятный? — *Не понятный.* — В чем? — (молчание) — Трудно? — *Да.* — А вокруг какое восприятие, как во сне, как не настоящее? — *Такого не было.*

В. В. Мадорский: Вы, по Вашей оценке, сейчас трудоспособны? — *Нет.* — А что мешает работать? — *Я дома пытался сыну велосипед сделать, мне это тяжело очень.* — Что именно было тяжело? — *Начинаешь думать, как это сделать, начинает голова болеть.*

О. Я. Симак: А сейчас как Вы себя чувствуете, волнуетесь? — *Да.* — А с чем это связано? — *Много народу.* — А других причин для волнений нет сейчас? — *Нет.*

В. А. Солдаткин: Спасибо, Петр Сергеевич, можете идти. Слушаем лечащего врача.

Врач-докладчик: Первый вопрос, на который нам следует ответить, болен ли наш пациент? Некоторые особенности поведения пациента могут навести на мысль о симуляции.

Симулятивное поведение такого типа встречается, как правило, в условиях экспертизы (военной, судебно-медицинской и т.д.), когда существует прямая выгода наличия психического расстройства для пациента, стремящегося избежать наказания либо получить какие-либо дивиденды от сложившейся ситуации. Изучение анамнестических сведений не выявило ни психологических, ни социальных аспектов, т.е. причинных условий, позволяющих нам выявить у нашего пациента симулятивное поведение. А, следовательно, он страдает психическим расстройством, рассматриваемым в классе F МКБ 10-го пересмотра. Необычность этих случаев начинается с момента трактовки степени тяжести расстройств. Сразу возникают вопросы: каков уровень наблюдаемого расстройства? Является ли данное состояние психотическим или непсихотическим? Психотические расстройства харак-

теризуются грубой дезинтеграцией психики, наличием так называемых формальных признаков психоза (бреда и галлюцинации), не критичностью и значительным снижением способности руководить собственными действиями, исходя из своих жизненных ценностей, что приводит к неадекватной реакции на события, людей и самого себя. Непсихотические расстройства характеризуются адекватностью психических реакций на окружающую действительность по содержанию, но вариабельной по силе (малозначащие раздражители становятся поводом для возникновения выраженных реакций). При непсихотических расстройствах также сохраняется критичность, а вот способность регулировать свое поведение снижается, но не в столь значимой степени, как это бывает при психотических расстройствах.

У наблюдаемого нами пациента отсутствуют формальные признаки психоза, нет нарушения сознания, социальная дезадаптация не тотальна и сохранена критичность к своему состоянию и поведению, что позволяет нам утверждать, что в настоящий момент говорить о психотическом уровне не приходится. Уровень расстройства — непсихотический.

Согласно нашим предположениям, в момент обнаружения отмечались такие признаки, как растерянность, нарушения самосознания, нарушения социальной адаптации, которые, однако, не помешали ему достаточно последовательно себя вести в плане получения помощи.

Основная психопатологическая симптоматика внешне проявляется специфической амнезией в виде забывания себя при сохранении памяти на многие события общественной и социальной жизни, не связанные с личностью пациента. В общей психопатологии такой вид нарушения памяти не описывается, за исключением так называемой *скотомизации* у истерических личностей, однако, в классической психопатологии скотомизация имеет то же самое клиническое содержание, что и *истерическая амнезия*, то есть из памяти выпадают лишь отдельные неприятные события и факты, психологически неприемлемые для больного, но нет описания полного забывания своего “Я”.

В общей психопатологии описывается динамика *регрессирующей амнезии* — варианта амнезии с постепенным восстановлением памяти, но при котором почти никогда она не возвращается полностью. Обратная динамика заключается в постепенном восстановлении воспоминаний об амнезированном периоде, в первую очередь вспоминаются наиболее важные и яркие для больного события. Однако, также не описано забывание собственного “Я” и тотальная амнезия своей биографии.

Внешние жалобы и явные признаки амнезии не всегда являются следствием именно нарушений памяти. В клинической психиатрии это часто наблюдается, когда например у некоторых больных, страдающих тяжелыми депрессиями, на первый план выходят

жалобы и утверждения, что у них грубо снижена память. Или у пожилых людей даже в статусе обнаруживаются нарушения памяти, которые на самом деле являются депрессивными расстройствами с внешними проявлениями нарушения других функций. И тем более, на это стали обращать внимание после введения такого диагноза как ларвированная депрессия, при которых основными жалобами и симптомами выступают неврозоподобные или соматовегетативные расстройства.

При внимательном анализе ведущим синдромом, конечно, являются не амнестические нарушения, а синдром деперсонализации, однако ранее в учебнике общей психопатологии в таком виде данное расстройство не описано. Из всех видов деперсонализации (аллопсихическая, аутопсихическая, соматопсихическая, анестетическая, бредовая) у нашего пациента наблюдаются элементы аллопсихической (утрата единства “Я”, сопровождающаяся болезненным самокопанием), но в большей степени аутопсихической.

Согласно этим рассуждениям, мы предлагаем условно назвать данный синдром синдромом тотальной деперсонализации.

Отдельно требует дифференциальной диагностики исключение так называемой *бредовой деперсонализации*, но мы оставляем эту часть уважаемому Виктору Гавриловичу, в работах которого часто употреблялся термин деперсонализация бредового уровня. Мы понимаем, почему можно здесь рассуждать на эту тему, но предполагаем, что термином “бредовая деперсонализация” замещается термин “тотальная деперсонализация, близкая к психотическому уровню”.

Никаких других синдромов мы не обнаружили, однако в статусе обращает на себя внимание высокий удельный вес тревожно-депрессивных симптомов, которые мы в отдельный синдром не выделяем, а предполагаем их характер как дополнительных.

Итак, на уровне синдромального определения мы не видим никаких истинных нарушений памяти. А видим признаки нарушения самосознания в виде деперсонализации, что традиционно рассматривается в ранге невротических и неврозоподобных синдромов (3 уровень позитивных кругов по А. В. Снежневскому). Именно из этого синдромального определения вытекают наши дальнейшие рассуждения в отношении нозологической природы этого расстройства. Грубые нарушения памяти (куда грубей, чем у нашего больного) встречаются только при органическом поражении головного мозга, соответственно этому логическому построению мы предполагаем, что истинного органического поражения головного мозга у больного нет, хотя заранее говорим, что мы не отрицаем возможности экзогенного воздействия на мозг, но не как причинного, а как провокационного фактора. Конечно же, мы обращаем внимание на заключение наших уважаемых психологов, но мы предполагаем, что они выявили проявления органической

патопсихологической симптоматики в связи с актуальным психическим состоянием в связи с собственно депрессией. К тому же, для сторонников параклинической диагностики, нет доказательной базы в виде грубых нарушений на МРТ.

Деперсонализация в том виде, как мы ее назвали — тотальной — может встречаться как при эндогенных, так и при психогенных расстройствах. В группе эндогенных расстройств можно сразу исключить ведущую роль депрессии, так как даже при самых тяжелых депрессиях (например, *anaesthesia psychica dolorosa*) деперсонализация никогда не носит характер тотальности. А вот при другом эндогенном заболевании, при шизофрении, деперсонализация может встречаться как дополнительный и факультативный продуктивный синдром при психотических формах (на этапах онейроида), а также может встречаться как ведущий продуктивный синдром при непсихотической шизофрении. Сразу же хотим указать, что деперсонализационная вялотекущая шизофрения имеет свой стереотип развития (возникает постепенно, в подростковом возрасте) и никак не может быть диагностирована у нашего пациента. Что касается малопрогредиентного шуба, то такая возможность потенциально нами не отвергалась, но мы считаем, что для диагностики шизофрении необходимы не только продуктивные расстройства, которые могли бы в таком виде присутствовать, но и признаки негативных р-в (по Блейлеру), коих мы ни клинически, ни патопсихологически не обнаруживаем. Этиологическим фактором могут являться психогенные расстройства в виде острейших истерических состояний психотического уровня. Именно для истерии описана амнестическая скотомизация, описаны истерические психозы с нарушением сознания по типу Ганзеровского синдрома, хотя мы сразу оговариваем, что ни того, ни другого в классическом понимании мы здесь не встречаем. Тем не менее, мы считаем, что в настоящий период времени рабочим диагнозом должен оставаться диагноз истерического психоза, протекающий по типу синдрома аутоперсонамнезии или биографической амнезии. Мы предполагаем, что появление такого варианта истерического расстройства связано с социально-психологическим патоморфозом и не свидетельствует о появлении нового загадочного заболевания, как иногда утверждается. Истерические расстройства как никакие подвержены патоморфозу и всем прекрасно ясно, что на смену истерическим припадкам, астазии-абазии, мутизму, одержимости должны обязательно прийти расстройства с новым внешним содержанием, гораздо более рафинированные, отражающие соответствующий уровень общей медицинской культуры и знаний населения. А уж в начале XXI века роль информации, получаемой через СМИ, является ведущей в плане пополнения этих знаний. Однако и в случае постановки диагноза истерического психоза, необходимо понять причинно-следственную связь, так как истерическое реагирование имеет пси-

хогенную причину, что в нашем случае чётко не прослеживается. Запредельное психотравмирующее факта мы пока обнаружить не можем. Имевший место до острого начала заболевания конфликт на производстве, казалось бы, не является лично значимым в той степени, чтобы спровоцировать подобную реакцию, но мы помним о вариативности эмоционального реагирования. Фантазировать же на тему о том, что пациент перенес какую-то лично значимую для него психотравму, мы не будем, да и не имеем права. Хотя исключить такое полностью невозможно. Но нам вряд ли это когда-либо станет известно, так как по имеющимся данным о подобных больных, описанных в литературе, ни у кого не восстановились воспоминания о непосредственно предшествующих заболеванию событиях.

Для понимания этиологии диссоциативного расстройства важное значение имеет процесс организации Я личности. Диссоциация может рассматриваться как следствие нарушения в процессе самоорганизации личности. Если в процессе формирования self-conception мы наблюдаем отклонения, то это, возможно, приведет к формированию неадекватного чувства собственного Я. А в дальнейшем и к диссоциации. Процесс формирования Я личности образование динамическое и происходит на протяжении всего процесса социализации, начинаясь с первых лет жизни в процессе внутрисемейного взаимодействия между родителями и ребенком и в последующем взаимодействии индивидуума с окружающей действительностью, определяя его восприятие себя в процессе взаимодействия со средой. При диссоциативном расстройстве мы имеем дело с изменением восприятия существующей реальности, определяемой человеком как неудовлетворяющая его внутренним потребностям. Диссоциация — своего рода отрицание объективной социальной реальности. Так как невозможно изменить существующую реальность усилием воли самого человека, то меняется Я-концепция. Поскольку она является носителем травматического прошлого личности, то ее разрушение, отказ от существующего Я является способом избавления от негативного социального опыта. Диссоциация распространяется не только на интрапсихические процессы, но и восприятие своего физического тела. Формируется деперсонализация — ощущение отчуждения от собственного тела.

Кроме того, обращая внимание, что истерические психозы далеко не обязательно возникают у людей с истерическим преморбидом, на это мы указывали выше, говоря о скотомизации, а также всем известно, что истерические аффективно-шоковые реакции могут возникать при катастрофах не только у истерических личностей.

Теперь об экзогенных воздействиях, которые могли бы привести к такой клинике. Различных биологических, физических, химических веществ известно

много, однако ни одно из этих веществ не дает той картины “хронической интоксикации”, наблюдаемой у нашего пациента. Рассуждения о наличии такого агента, о которых часто говорят на ТВ, а иногда и в научных кругах, чисто спекулятивные. При экзогенном поражении ЦНС не может быть той психопатологической симптоматики, о которой мы говорим в данном конкретном случае, т.к. она противоречит логике научного клинического познания.

Мы выносим за скобки, что практически во всех случаях биографической амнезии есть указание на употребление алкоголя, лекарств либо на отравление ими. Удивляет тот факт, что многие больные ничего не помнят за последние часы, сутки до начала болезни, тем не менее, вспоминают об употреблении ПАВ. Это может быть объяснено двумя механизмами: 1) действительно часто имеет место экзогенно-интоксикационная провокация расстройства, либо 2) больные по подсознательным механизмам пытаются объяснить себе и окружающим внешнюю причину, т.к. у всех людей основным законом объяснения жизни является закон каузальной атрибуции (причинно-следственной связи событий и явлений).

Т.о., с некоторыми сомнениями, мы еще раз повторяем наш *окончательный диагноз: истерический психоз в виде синдрома аутоперсонамнезии, регрессирующее течение. По МКБ-10: смешанное диссоциативное р-во F 44.7 в виде сочетания диссоциативной амнезии и диссоциативной анестезии.* Данный случай в связи с его необычностью требует на наш взгляд дифференциальной диагностики с эндогенным малопрогрессирующим шубообразным течением шизофрении. Мы планируем продолжать комплексную терапию: психотерапию и психофармакотерапию (сочетание антидепрессантов с транквилизаторами с постепенной отменой последних и длительным сохранением антидепрессантов — минимум 6 месяцев). Прогноз нам представляется относительно благоприятным с постепенным восстановлением воспоминаний о себе, но высоко вероятностным представляется сохранение “темных пятен” в воспоминаниях, как минимум предшествующих началу расстройства. В данном случае мы опираемся на те случаи, которые уже были описаны в доступной нам литературе.

А. Я. Перехов (куратор конференции): Эти клинические случаи встречаются все чаще и чаще. С самого первого их описания в современной психиатрической литературе они привлекли острое внимание, да и затем мы сами неоднократно стали сталкиваться с этими пациентами. На нашей кафедре, с нашим традиционным клиническим подходом (как в плане общей психопатологии, так и в плане нозологии, а самое главное — с методологической базой) консультировали и лечили таких больных практически все, мы неоднократно их обсуждали и решили, наконец, разобрать яркий случай на большой клинической конференции. С большим интересом мы читали все разборы в психиатрических изданиях, в первую оче-

редь, в Независимом психиатрическом журнале. С некоторым скепсисом смотрели, как психиатры комментировали эти случаи в телепередачах, придавая (вольно или невольно) сенсационно-фантастический характер чисто клинической проблеме. СМИ и интернет также пестрят различными интервью, статьями, мало имеющими общего с наукой. Самые полные разборы, с самой доказательной базой (но не всегда до конца убедительной) — разборы нашего гостя, ведущего психопатолога д.м.н. В. Г. Остроглазова Много работ из центра им. В. П. Сербского, все они выполнены под руководством проф. З. И. Кекелидзе, уже даже защищена очень и очень спорная диссертация. Еще в 2008 году Зураб Ильич, давая интервью желтой (!) газете “Комсомольская правда” сказал: “И вот сенсационный финал: ученые НИИ социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского разгадали тайну этого неведомого науке синдрома. Более того: нашли обратный код и знают теперь, как вернуть человеку самое ценное, что можно потерять после жизни, — автобиографическую память”. Однако тот факт, что мы собираемся здесь в количестве 150 человек и не можем придти к согласию, что же это за синдром или болезнь (есть только фактически феноменологическое понимание), явно опровергает радужные высказывания. Интересна точка зрения ярославских коллег Е. А. Григорьевой и Л. К. Хохлова. В дискуссии активно участвуют и клинические психологи, причем такие известные как Н. А. Шатаило из Днепропетровска.

В первую очередь, хотелось бы обратить Ваше внимание, что на примере этих пациентов мы видим, как рождаются очередные мифы. Мифы психиатрические. Психиатрических мифов вообще очень много. Этот психиатрический миф, в частности, рождается с помощью наших коллег. Этот психиатрический миф о возникновении нового, загадочного заболевания, протекающего по новым, неизвестным ранее механизмам, очень вредит клинической психиатрии.

Логика познания наших некоторых уважаемых коллег с научной точки зрения, не говоря уже о клинико-психопатологическом подходе, удивляет. Это механизм отрицания основ научного познания. Когда, например, говорят о том, что это “новое заболевание”, которое “позволило открыть новые тайные глубины психики и мозга...”. При этом нарушается постулат, что познание идет от менее сложных вещей к более сложным, от клеточного строения к атомному, а затем нейтринному. Это миф о том, что это новое заболевание с новым диагнозом (с таинственным психотропным ядом или с таинственным психотехническим “зомбированием”) напоминает миф об экстрасенсорном поле. То есть в момент, когда известно, что такое протоны и электроны, говорить об экстрасенсорном поле, а это “макрополе”, говорить что оно существует — это грубейшее нарушение научного методологического познания. Находить новые закономерности функционирования психики, появления

и распада памяти — фактически утверждать, что кардинально изменилась биология мозга, да и всего человека. К сожалению, научные мифы, в том числе мифы психиатрии, весьма часто распространяются людьми с высокими академическими званиями. Что касается нашего конкретного пациента, то здесь мы хорошо видим, что главным в познании таких случаев, является правильно методологически построенная работа. Что же здесь главное? Это клинко-феноменологический подход, затем это клинко-психопатологический подход и только потом параклинические методы исследования. Например, является ли заключение уважаемых высококвалифицированных психологов из Егорлыка и Ростова-на-Дону для нас с вами, клиницистов, главным для определения диагноза? Оно является очень важным и интересным, но только дополнительным. Полиграфическое исследование, безусловно, интересно, но это пока сугубо экспериментальный способ, для психиатрической практики совсем далекий. В данном случае, даже если бы полиграф показал что это симуляция, мы что, стали бы на него полностью ориентироваться? Почему в заключении психологов звучит, выраженная органика, депрессивное реагирование? Да потому, что на уровне феноменов и симптомов это есть, но нет клинических синдромов, характерных для текущего органического поражения и депрессивного первичного расстройства. Мы все знаем, что актуальное психическое состояние может вызывать различные картины, как например выраженный когнитивный дефицит при депрессии с указанием психологов на “явную органику”, которая полностью исчезает после нормализации настроения. И все же — что ж это такое — это новое заболевание, как утверждает коллегами из центра им. В. П. Сербского? По-моему — это совсем не новая нозологическая единица, это новая форма хорошо известных нам ранее заболеваний. Это патоморфоз, в данном случае — психогенно-личностного расстройства истерического генеза. Именно истерия, как самый яркий “хамелеон всех болезней” всегда раньше других меняла свое лицо, сохраняя сущность — подосознательную защиту от проблем и переживаний. Во вторую очередь, изменяется внешняя форма эндогенных заболеваний, вначале аффективных (классический пример — соматизированные депрессии). Органические заболевания менее всего склонны к патоморфозу из-за наличия единого механизма реагирования мозга на внешние вредности.

Феномен новый, но так и будет всегда в будущем. А вот общая психопатология уже описана, она уже вряд ли будет изменяться, но формы заболеваний изменяться могут. И в частности, расстройства множественной личности в DSM-4 и в МКБ-10, это тоже новая форма истерического (или процессуального) расстройства, но американцы считают, что это новое заболевание. Пойдем по американскому пути? Но ведь они сами уже недовольны забвением общей психопатологии, говорят о тупике описательного подхо-

да, когда любое дискомфортное переживание (например, сильная любовь) может быть признано болезнью.

Наш диагноз вы уже услышали в разборе. При всей нашей настороженности по поводу процессуального расстройства мы не обнаружили достоверных признаков процесса. Однако, при очередном сообщении анамнеза, подробных бесед с родными, некоторые новые, хотя и скудные данные от пациента, привели меня к мысли, что депрессия имеет больший удельный вес и, возможно, выступает не как дополнительный симптом. Итак, болезнь течет по механизмам психогенного расстройства. Провокацией могли служить и экзогенные вредности (интоксикация, которая, как выяснилось, у больного была длительной, в течение нескольких дней). Ослабляющим фактором могла быть уже имевшаяся клиническая депрессия. Ну, а что было последней каплей — конфликт, потеря документов и денег, какое-то другое событие — пока остается только предполагать.

А. А. Омельченко: Рассматривая расстройство, наблюдающееся у нашего пациента с позиций некоторых представителей современной психотерапевтической школы, в частности одного из ведущих специалистов в области психической травмы М. М. Решетникова, определить его как заблуждение в классическом медицинском понимании не представляется возможным. Однако, наблюдая пациента в условиях лечебного учреждения, мы обязаны установить медицинский диагноз. Определяя этиологию данного расстройства, мы недаром обращали ваше внимание на протяжении сбора всех анамнестических сведений на то, что пациент находится в состоянии глубокого внутриличностного конфликта, спровоцированного, безусловно, внешней микросоциальной средой, отношениями между двумя наиболее близкими для него людьми — матерью и женой. Имел место, вероятно, и острый конфликт, послуживший триггером развития симптоматики. Безусловно, расстройство сформировалось по механизму вытеснения, а соответственно относится к группе диссоциативных. Мы не наблюдаем у пациента классического варианта диссоциативной амнезии, как и классического варианта деперсонализации, однако, имеющееся отрицание своей личности: я не помню себя, я не помню фактов своей биографии, не знаю, что со мной происходило, при сохранности общих знаний, по моему мнению, синдромально приближает в большей степени к синдрому деперсонализации, нежели к амнезии. Именно поэтому мы в качестве ведущего синдрома диагностировали синдром деперсонализационный, протекающий в рамках диссоциативного расстройства. С позиций же МКБ-10 обозначили диагноз как “Смешанное диссоциативное расстройство”, не исключая, что синдром диссоциативной амнезии также присутствует в структуре данного расстройства.

А. И. Ковалев: В целом я полностью согласен с разбором, который проводили кураторы, за исключением одного положения. Мне представляется, что это

расстройство памяти, а не расстройство личности. Деперсонализация — это, прежде всего, нарушение самосознания, ощущение утраты единства личности или искажение и отчуждение отдельных физиологических или психических проявлений. Но при этом личность, хотя и в искаженном виде, присутствует. С моей точки зрения здесь имеет место феномен вытеснения. Личность вытесняет информацию о себе. О себе “проблемном”, “неуспешном”. Все остальные качества личности, навыки, умения, информация об окружающем мире сохраняются практически не затронутыми. Не зря в конце разбора, наверное, по типу описки, кураторы указали, что он все-таки хочет вспомнить О СЕБЕ. А по всем остальным позициям, мне кажется было достаточно убедительно все обосновано.

В. В. Мрыхин: Я за свою практику видел 6 человек с аутоперсонамнезией и их биографии были во многом похожи — алкоголизация; семейные проблемы; серая, рутинная жизнь, которую не жаль было забыть. Среди этих людей не было ни одного успешного врача, ученого, творческого работника. Нам был представлен инфантильный человек с психогенными симптомами в анамнезе — выпал из трактора и не мог двигаться; упал в обморок и т.п. Психогенный характер данного расстройства у меня не вызывает больших сомнений. А так как интеллект у него не самый высокий, в заключение психологов это отмечено; он не может создать более адаптивные жизненные стратегии, поэтому реагирует на все жизненные проблемы доступным шаблонным способом — психогенным, истерическим. И конечно психотерапия должна быть ведущим методом в лечении данного больного.

Н. М. Турченко: Я хочу присоединиться к мнению коллег. Единственно, что у меня вызывает вопросы, требует для меня дополнительного изучения — это большее исследование и большее понимание его эмоционального статуса. Потому что на сегодняшний день состояние пациента соответствует депрессии, и меня это настораживает. А в целом психогенный фактор играет, безусловно, ведущую роль.

В. В. Мадорский: Мы видим перед собой пациента, который, став по возрасту взрослым, так и не научился быть таковым психологически. У него никогда не было примера того, как это — быть счастливым, успешным взрослым мужчиной. Унаследованный им от отца сценарий жизни, если говорить в терминах транзактного анализа, — это сценарий убегающего от жизненных проблем в нишу психического заболевания, игра в “калеку”. В то же время, согласно теории дегенерации Мореля, тяжесть психиатрических проблем сына должна быть более выраженной, что и происходит.

Всю ответственность за происходящее в жизни пациент привык перекладывать на окружающих женщин, которые, к тому же, на данный момент конфликтуют между собой. Возникает классическая сшибка нервных процессов по Павлову, когда больному важно, как всякому хорошему мальчику, ещё не вырос-

шему во взрослого мужчину, быть хорошим и для мамы, и для жены, в то время как от каждой из них он получает различные команды. В этой ситуации существует только один способ остаться для всех хорошим, не принимая на себя ответственность за происходящее и отказываясь от своего взрослого выбора — уйти в психоз. И это очень удачно совпадает с ценностями его женщин, которые привыкли любовь к своему мужчине подменять заботой о нём и, благодаря этому, всегда быть хорошими в глазах окружающих. Поэтому данный случай невозможно рассматривать и тем более корректировать в отрыве от патологической семейной ситуации, которая, по большому счёту, бессознательно устраивает всех членов данной семьи.

На всё это наслоилась и ситуация на работе, с которой пациента должны были выгнать за пьянство. Теперь, благодаря психозу, он не безответственный пьяница, сидящий на шее родных, а достойный человек, имеющий понятные сложности в жизни из-за развития тяжёлого психического заболевания, и имеющий из-за этого полное право на материальную поддержку со стороны общества.

Клинически мы здесь также видим и “органически изменённую почву” в понимании Жислина. При этом всегда отмечается растормаживание подкорковой деятельности, облегчающей переход истерического невроза в истерический психоз.

С моей точки зрения, здесь требуется серьёзная коррекция семейных проблем, тех которые позволяют ему погружаться в эту истерическую нишу существования. Без этого у нас ничего не выйдет, мы его просто не замотивируем к переменам, он и дальше будет уходить в ипохондрическое развитие личности. То есть, обязательно, здесь в первую очередь требуется семейная психотерапия, подкреплённая индивидуальной когнитивно-поведенческой, цель которой — помочь пациенту найти и освоить другие, лучшие, чем болезнь, способы справиться с жизненными проблемами.

В. Г. Остроглазов: Глубокоуважаемый Виктор Александрович, глубокоуважаемые сотрудники Кафедры и коллеги! Разрешите сердечно поблагодарить Вас за высокое приглашение к разбору случая аутоперсонамнезии (А) как главной загадки российской психиатрии. Для меня незабываемая честь — лично участвовать в работе стариннейшей (по своим императорским университетским корням), всемирно известной Российской кафедры психиатрии. В развитие ее мировых связей крупный вклад внёс проф. Александр Олимпиевич Бухановский. Она с доблестью пережила несколько революций, 2 мировые войны и сохранила свой традиционный образ, который не меняется вместе с режимами. Её дух не позволил вычеркнуть из своей истории память одного из своих отцов-основателей — белого профессора Карапета Саркисовича Агаджанянца. Но для нашей темы символично, что её история имеет самое прямое отношение к проблеме

А. Ведь неслучайно она написана сотрудниками кафедры именно как “биография Юбиляра”, т.е. личности. Вот и сегодня, разбирая случай А, мы будем помнить о неповторимой уникальности человеческой личности и “сознания Я” как вершинах биологической эволюции на Земле, и о летаргии собственной личности как самом трагическом психиатрическом страдании.

Но что такое личность? Её суть, в отличие от чистого “сознания Я”, скорее социальная. А содержание — это история её возникновения и развития, начиная с сознания “Я-младенцем” — “Ты-матери” как центральной архетипической фигуры психогенеза первого детства. Именно поэтому А проявляется во вне забвением и неузнаванием истории собственной личности, ее ближайшего семейно-социально-биологического окружения с главными персонажами (мать, отец, сибсы, жена, дети, друзья, сотрудники и т.д.) и домашним очагом, домом и, несколько шире, т.н. малой родиной, — т.е. забвением автобиографии. Это ведущее в клинической картине явление, частенько называемое “биографической”, а недавно и “автобиографической амнезией”, воспринимается нашими учеными психиатрами как сущность или основное нарушение, заключающееся в выпадении памяти как негативном расстройстве, по Джексону. Этих ученых мы знаем не по клиническим работам, а по сенсациям в СМИ. Они выступают как спасители “людей со стертой памятью”, или как маги, исцеляющие “биографическую амнезию” в псевдонаучно-популярных фильмах и телешоу “Жди меня”. Основатель этого телешоу Игорь Кваша отошёл в мир иной с блаженной верой, будто пропагандировал национальное открытие (проф. Кекелидзе и его “школы”) мирового значения, а не психиатрическое недоразумение. Диссертация Милёхиной о “биографической амнезии” как экзогенно-органическом токсическом поражении головного мозга является образцом психопатологической бессмыслицы. Удивительно, но московский судебнопсихиатрический блефароспазм держится до сих пор, несмотря на то, что пострадавшие сами, обращаясь в полицию, в отчаянии спрашивают: “Скажите мне, кто Я?”. И это — ключевой вопрос, которым они указывают нам — психиатрам — на природу психопатологического страдания. Но такого рода “школы” уклоняются от клинко-психопатологических разборов, дискуссий и даже от ответа на критические рецензии их “трудов”, открытий и “диссертаций”.

Хотя уже второе десятилетие эти ученые смотрят на “биографическую амнезию” и не видят за ней настоящих психически больных, сегодня не только явление, но и сущность аутоперсонамнезии увидели Дарья Сергеевна и др. сотрудники Кафедры: А — это деперсонализация, а забвение личности и автобиографии вторичны и лишь имитируют идиопатические расстройства памяти. Методологически — это первый, но решающий шаг Кафедры на пути познания психопатологической сущности А. Кажется, ни-

кто не поддался искушению результатами “новейших технологий” (МРТ и проч.) и не связал А с экзогенно-органической почвой. Вот почему я приветствую открытый и независимый дух сегодняшних выступлений, в т.ч. важную критику моей концепции А, представленную коллективным творчеством Кафедры и четко озвученную докладчицей.

Приступая к разбору **психического статуса** забвения личности, которая является вершиной биологической эволюции, надо подчеркнуть, что именно биология является научной основой медицины (И. В. Давыдовский). И поскольку все болезни (за исключением лучевых поражений) человека — это болезни человеческого вида *homo sapiens*, то прав доктор Перехов: новых болезней человека, в т.ч. психических, быть не может. Стоит добавить, что не может быть и новых синдромов, ибо мозг индивидов *homo sapiens* один и тот же. Содержание синдромов разное, а сами синдромы, их структура — одни и те же. Это хорошо видно на примере содержаний и структуры параноидного синдрома (который мы, в отличие от всего мира, называем синдромом-кентавром “Кандинского-Клерамбо”).

В отношении **личностного фона**, на котором развивается психоз у нашего пациента, стоит отметить (в т.ч. с опорой на экспериментально-психологическое исследование в динамике) — это почти пограничный случай умственной отсталости. И, хотя у него заблуждение А такое же, как у других, рассказать о нём с тонким самоотчетом он не в состоянии. Является ли этот фон возможным результатом рано начавшегося процесса или врожденной “конституциональной глупостью” (как писал Ганнушкин в “Клинике психопатий”), в данном аспекте неважно потому, что это именно фон, т.е. задний план, не входящий в структуру ядра статуса. А **структура ядра статуса** определяется ведущим синдромом, фокусом которого является аутоперсонамнезия. Следовательно, его можно назвать синдромом аутоперсонамнезии. Иногда дискуссионты, соглашаясь со мной, возражают: бывают разные аутоперсонамнезии. Но удивительно-автономное диагностическое и прогностическое единство синдрома А, независимое от личностного фона, указывает на его идентичность. Следовательно, “разных аутоперсонамнезий” не бывает. Это относится и к нашему наблюдению.

Основное в статусе А — то, что пациент почти ничего (“90%”, как он сам уточнил) “не помнит” об истории и настоящем состоянии своей личности, а в остром состоянии спрашивал: “Кто Я?!”. Вот почему я удовлетворен квалификацией этого состояния как тотальной деперсонализации докладчицей и многими выступавшими. Но эта форма деперсонализации суперпозитивная (в смысле диссолюции Джексона): в ней доминирует “невыносимость памяти о том, что забыл” и автоматический штурм этого забвения. Именно поэтому она так трудно распознается даже бывальыми психиатрами, которые спешат помочь па-

циенту одолеть “автобиографическую амнезию” и вспомнить “Кто Я?”. Однако сейчас нами выявлено ещё и другое её измерение — негативная деперсонализация. И в лабиринте настоящего статуса нам протягивается познавательная нить, когда в ответ на мой вопрос пациент уточнил, что действительно ощущает себя изменившимся, будто стал каким-то другим, и для себя самого странным и непонятным. Это — уже привычная для нас классическая формулировка деперсонализации ростовским психопатологом А. А. Меграбяном, или аутопсихическая дереализация по К. Вернике. Но есть и косвенные признаки деперсонализационного страдания как *functio laesa*, которые проявляются негативистическими поведенческими реакциями именно в тех экспериментах обыденной жизни, которые задействуют личность. Это — ситуации интерперсонального общения с родственниками, от которого он отказывается из-за непередаваемого самоощущения “будто кол в голове забит”. Эвристическое значение этих фактов деперсонализации двойко. Во-первых, оно открывает, что тут есть деперсонализация; а во-вторых, свидетельствует против амнезии, ибо для амнестических синдромов — возьмем его классический корсаковский вариант — деперсонализация чужда.

На **типичность этого случая** указывает не только содержание ядра синдрома, но и его внутренняя динамика, патокинез. В нем основное то, что пациент почти ничего о себе не помнит, но очень своеобразно: он не просто “не помнит”, но — парадоксально — постоянно и неотвязно “помнит, что не помнит”, и даже, не может не вспоминать, несмотря на противодействие этому насильственному процессу воспоминания всем напряжением воли. Стало быть, это — не простое психологически понятное воспоминание забытого, это — автоматический, навязчивый, внутренне противоречивый, амбивалентный и изменчивый принудительный процесс воспоминания себя, который то увлекает в свой поток “сознание собственной инициативности Я” (по Ясперсу); то — доведя до нестерпимых разрывающих и раскалывающих мозг сенестопатий — оставляет “Я” в полной растерянности ввиду полной безрезультатности и бессмысленности усилий вспомнить забытое; то антагонистически противопоставляет себе противодействующую, тормозящую волю “Я”. Но, чем больше усилий вспомнить забытое, тем ощутимее непреодолимость и высота “стены”, и раскалывающих башку сенестопатий. Эта отчасти метафорическая картина основана на данных феноменологического исследования аутоперсонамнезии и представляет собой первое приближение к её непостижимым переживаниям и патокинезу.

Когда мы исследуем эти мучительные ощущения, то оказывается — это сенестопатии. Из-за них он стремится перестать мучить себя воспоминанием, но не может остановить независимый от его воли процесс. Это **малый автоматизм** — **Syndromе S Клерамбо** + сенестопатическая основа синдрома = само-

достаточное свидетельство о текущем эндогенном процессе (вне зависимости от результатов изучения анамнеза болезни и генеалогии). Но и вне связи с навязчивым воспоминанием, у пациента возникают головные боли, боли в спине, в животе, в сердце, которые также имеют сенестопатическую природу. Все это говорит о двух вещах. Во-первых, это — процессуальные мозговые симптомы, которые возникают при эндогенных процессах и чужды экзогенно-органическим. Во-вторых, наличие этих симптомов эндогенного процесса исключает возможность каких-либо экзогенных — экзогенно-органических, экзогенно-психогенных, психогенно-диссоциативных, истерических, истерически-психотических и т.п. — расстройств. Т. о., **главная ясперсовская проблема психиатрии** (“развитие или процесс?”) в данном случае решается в пользу процесса.

В личностно-психологическом и психотерапевтическом плане важно отметить, что пациент не требует признания, не “рядится в роскошный плащ безответственных настроений”, у него нет истерической установки “казаться больше”. Он не демонстративен, не стремится быть в центре внимания и категорически отказывается от предложенной Виктором Александровичем возможности продемонстрировать себя в телешоу “Жди меня”. Симуляция выявленной нами сложнейшей психопатологической структуры и патокINETической динамики аутоперсонамнезии в данном случае исключается. Все это важно для обоснования комплексной **лечебно-восстановительной тактики** с включением адекватных личностных психотерапевтических подходов.

Теперь о **динамическом психическом статусе и патокINETИЗЕ аутоперсонамнезии** на протяжении 2,5 месяцев. Каковы результаты его воспоминаний себя за это время? Собственные усилия вспомнить ни к чему, кроме головной боли, не приводят, и все же “10%” о себе он теперь “помнит”. Но откуда эти 10% памяти? Все это не он сам вспомнил, а ему вспоминается, предьявляется его памяти автоматически — внезапно, во сне приснилось; по случайной ассоциации, когда кто-то говорил об армии и флоте; или в просоночном состоянии вдруг увидел на мотоцикле спину деда и т.д., — т.е. в состояниях, когда собственная воля отключена, а проявляет себя опять **бессознательный психический автоматизм**. Стало быть, когда он постепенно как бы вспоминает себя на эти 10%, то в действительности тут никакой психологии воспоминания нет: ему эти фрагменты, картинки прошлой жизни приснились, почудились в просоночных состояниях, были увидены в предьявленных семейных фотографиях, в рассказах жены и родственников или явились по случайным ассоциациям с разговором соседей по палате, и т.п.

И все это он усваивает в свою “забытую личность”, складывают в мешок воспоминаний о себе, и вот уже 10% накопил. Но это — не истинные воспоминания, хотя внешне проделана большая динамика:

от активного непризнания жены и матери — к настоящему, но своеобразному признанию: “да это — жена, вроде” и т.п. Так идет новый **процесс реперсонализации личности**. Как персонализация личности наступает? Сначала мама, потом “Я”, родные, школа, опыт и все это с формированием личности и есть ее биография. Это история личности как ее суть. А тут, поскольку вся личностная память утрачена, все, что ему говорили, все, что ему вспомнилось во сне или по ассоциациям, — это не воскресшая личностная память, все это как бы заново (“да, это — жена, вроде”), такие люди как бы заново пытаются вернуться и войти в эту реку дважды, мучительно выстраивая свою личностную семейно-социальную жизнь “с забытым колом в голове”.

Вот некоторые психопатологические моменты статуса данного случая А, основными из которых являются витальная деперсонализация и синдром психического автоматизма Клерамбо. Это наблюдение, да еще осложненное почти пограничной интеллектуальной отсталостью, не относится к т.н. школьным случаям, о которых можно прочесть в руководствах. Поэтому в разборе я хотел ограничиться достигнутым уровнем взаимопонимания о деперсонализационной сущности А. Но Дарью Сергеевну грузила вся кафедра, и она, отвергнув бредовую природу этой деперсонализации, возвратила её мне как вопрос автору. **Вопрос о бреде — это вопрос о центральной проблеме общей психопатологии человека (Ясперс)**. И мой ответ на него, кстати, будет и пояснением другого разногласия: почему, в отличие от докладчицы, я полагаю этот статус психотическим.

Я считаю, что данная А — не просто негативная тотальная деперсонализация, а помешательство, безумие. Почему? Не только потому, что идея утраты памяти о собственной личности и жизни представляет собой первичную, неизвестно откуда взявшуюся, невыводимую, и, следовательно, недоступную вчувствованию идею. Но, прежде всего, потому что ответ связан не с содержанием, а с **самой сущностью бреда как законом, подмеченным гением Гегеля**.

Когда налицо бредовая идея, и больной говорит: я — Наполеон, китайский император, или мессия, — это означает, что он сам отрицает себя. Но ни одно из этих содержаний — ни французский, ни китайский император, ни мессия — не является сущностью бреда, а только случайным содержанием бредовых идей, которое без конца может меняться. А в чём же, тогда, заключается сущность бреда? В эту проблему никто из психиатров не проник так глубоко, как Гегель, наблюдавший развитие безумия у своего гениального друга, поэта Гельдерлина — цитирую: “Помешанный субъект оказывается поэтому у себя, в том что составляет его **собственное отрицание**, другими словами, — в его сознании имеется непосредственно налицо его отрицание” (курсив Гегеля — В. О.). При аутоперсонамнезии пациент не считает себя другой личностью, напр., Наполеоном или Цезарем, но помеша-

тельство тут выступает в своем чистом, отчеканенном Гегелем виде антиномии. Но как он в нем оказался? Конечно, пережитое им интоксикационное помрачение сознания (сопор или кома) представляло собой экзогенный тип реакции по К. Бонгефферу, наподобие наркоза. Но если при обычном выходе из состояния экзогенного выключения сознания, напр., наркоза или обморока, первым восстанавливается самосознание с основными элементами сознания личности, и затем сознание окружающего с реориентировкой в месте и времени, то наш пациент будто бы пришел в себя, но не совсем, ибо восстановление самосознания ограничилось сознанием Я, которое очнулось у себя помешанным и обнаружило, что забыло собственную личность, и в результате *“помешанный субъект оказался поэтом у себя в том, что составляет его собственное отрицание...”*. Неслиянное и нераздельное единство “сознания Я” и личности, оказалось расщепленным на сознание “Я” и скрытую, недоступную воспоминанию, какую-то бывшую, т.е. отчужденную, дереализованную собственную личность, превратившуюся из субъекта в объект, который необходимо вспоминать. Действительно, его “я” сохранено, и это же “я” не узнает и отрицает собственную личность (и вместе с тем, личность матери, жены и т.д.). Вот классическое определение безумия в чистом виде, тут не надо ни китайского, ни французского императора, ибо здесь имеется в чистом виде внутреннее расщепление отрицания, о котором говорил Гегель. Это относится к ведущему синдрому, а что касается дополнительных — это витальные депрессивные, сенесто-ипохондрические субклинические расстройства и некоторые другие.

Мое толкование бредовой сущности ведущего синдрома как помешательства, психоза, можно дополнить следующими соображениями. Это настоящий психоз, а отнюдь не невротический уровень, поражающий личность неразрешимыми конфликтами и жизненным отчаянием при полной сохранности сознания личности, социальной ориентировки и возможностей адаптации. Здесь все наоборот. Тут крах. В чем же причина неочевидности этого психоза? В том, что это ограниченный сферой аутопсихики (по К. Вернике), аутопсихоз как психоз забвения собственной личности: для больного она подозревается, как бы помнится факт, что она была, и где-то в памяти мозга она существует, но недоступна, как неоткрывающийся файл в ноутбуке. Но всё безумие — в границах субъективного мира “сознания Я” и не распространяется на общую всем людям аллопсихическую сферу, отражающую внешний, т.е. объективный мир. И поэтому, нет помешательства в отношении внешнего мира, в данном случае нет даже начальных признаков его дереализации. Вокруг все ясно, как и до А. А как внутреннее безумие полно парадоксов и антиномий.

О личностной динамике и латентном течении болезни. Трудно личность сейчас оценивать. Паци-

ент в процессе находится, психотическом. Всё заблокировано так, что он не дает даже тех физиологических и психологических реакций, которые обычно наблюдаются при полиграфическом эксперименте. Но посмотрим по данным анамнестической динамики. Рос послушный, хороший, общительный, гостеприимный, радушный, как бы синтонный, по описаниям, подросток. Только умственно недоразвитый, второй класс дублировал; ранимость и реактивная лабильность были ему присущи. А в последние годы разве мы видели хоть что-то напоминающее синтонность циклотимной конституции? Это умственно ограниченная, но сложно-противоречивая личность, с выкрутасами. Что творит и самому не понятно, и жене не говорит, никому, все внутри себя, тайно, хоть и примитивная личность. Никакого отношения к циклотимной структуре не имеет. Такая личностная динамика не объяснима развитием и говорит о процессе.

С подросткового возраста рецидивирующие абдоминальные сенестопатии. Патологическая реакция дезадаптации через несколько месяцев службы в Морфлоте, к которой он так стремился. А дальше — психопатоподобные расстройства, не как реакция, (напрасно я надеялся на ревность), а просто, ни с того ни с сего, нередко провоцируются алкоголем. Но вспышки такие, что несколько дней длятся. Они, скорее всего, бредовые, хотя внешне выглядят как грубо психопатоподобные. И чудачества как выкрутасы нелепые, выпал из трактора, его привели домой, а потом, предположительно, возможно чтобы скрыть, он сказал, что пошутил. Психогенно спровоцированное приступообразное состояние, когда он оседал, сознание не потерял и скоро пришел в себя, — к сосудистому происхождению не имеет никакого отношения, но сильно напоминает деперсонализационные припадки Клооса при шизофрении.

Наследственность. Мать в общении настороженная, закрытая. В школе не могла учиться “из-за порока сердца”, который к старости куда-то делся, теперь и на 9 этаж без остановки поднимается. В действительности, это были кардиофобические приступы с сенестопатиями и диспное. Объективные анамнестические признаки, указывающие на гебоидофрению Кальбаума в молодости, при материнской холодности к единственному ребенку, которого бросала на попечение бабки. По-видимому, наследственное отягощение по л/м включает расстройства шизофренического спектра. Тетка по л/м страдает врожденной глухонемой.

Попробуем посмотреть на род пациента с точки зрения морелевской дегенерации, начиная с матери. Мать больна малопрогрессирующей шизофренией, пробанд — приступообразно-прогрессирующим процессом. А перспективы его собственного рода? На волоске: 1-я беременность на поздних сроках оборвалась внутриутробной гибелью плода; второй не выжил бы без реаниматологов, из лона матери — в

реанимацию, еле выходили; а сейчас болеет т.н. неврозом навязчивости со сквозными двигательными симптомами, наблюдающимися в настоящее время и у пробанда — мигательный тик и двигательные навязчивости в верхнем плечевом поясе.

Приходится заключить о семейном страдании эндогенной патологией шизофренического спектра. И данные генеалогического исследования также говорят в пользу диагноза эндогенного заболевания у пробанда. Этот случай типичный, как возникающая на фоне латентного течения шизофрении после сочетанного стресса (психогенного и интоксикационного) А, которая упорствует почти 3 месяца и пока не дает оснований для надежды на благоприятный прогноз. Отравление лишь спровоцировало усугубление эндогенного процесса, который передвинулся на бредовой уровень и привел в настоящее время к семейной и социально-трудовой дезадаптации с нетрудоспособностью. (Права его наблюдательная жена: он давно уже нервно болен, и отравление послужило лишь толчком к обострению старой болезни). И прогноз болезни будет зависеть не от психогенных моментов, не от истерий (психотических или непсихотических, не от диссоциативных и др. психодинамических моментов), а от тенденций регрессивного или прогрессивного течения эндогенного процесса, развивающегося по типу самодвижения. Один из таких случаев, опубликованных мной в НПЖ, психиатры ПБ №8 проспективно наблюдали полгода, 3 или 4 раза вместе с историей болезни возили на исследования к проф. З. И. Кекелидзе, пока с трудом добились, чтобы он вписал в историю свое обычное заключение — “биографическая амнезия”. Но эндогенный процесс манифестировал параноидной стадией, и врачи были вынуждены оформить 2 группу инвалидности по шизофрении. И в нашем случае желательное проспективное и катamnестическое исследование. Полагаю, что оно прояснит диагноз для всех и превратит этот случай в краеугольный камень для избранного Кафедрой нового научного направления. Только бы не потерять его из-за капризной выходки или суицида.

Наблюдения А описаны в психиатрической литературе давно. Они были редкостью, хотя заболеваемость шизофренией не была меньшей. Новизна феномена — в расстройстве массового сознания, много случаев сейчас. Почему? Причины социальные. Дух века сего, напоминающий демонопатические эпидемии Средних Веков. Фильмы, СМИ, интернет, беллетристика, телешоу “жди меня” и т.п. Содержание может варьировать. К примеру, мы “сходим с ума” с аутоперсонамнезией, а в Америке с РМЛ (расстройством множественной личности) в результате инцеста. Беда в том, что психиатры там верят в РМЛ не только как в нозографическую реальность обозначаемой МКБ-10 рубрики, но и как реальность множественных личностей; а наши — в биографическую амнезию, хотя и то, и другое развивается на общем

фундаменте “тотальной деперсонализации”, о которой убедительно говорила нам Дарья Сергеевна.

А. Я. Перехов: Мы, ростовские психиатры, воспитаны в классическом клиническом понимании шизофрении, т.е. в плане концепции Снежневского, Наджарова, Тиганова. Кстати, этой же концепции придерживался и Ваш учитель проф. Ануфриев. Диагноз шизофрении, согласно этим взглядам, ставится на основании присутствия продуктивной симптоматики (не строго специфической, но имеющий четко определенный стереотип развития) и наличия негативной симптоматики, близкой к описанной Блейлером. В принципе, при всей схематичности МКБ-10, там также присутствуют симптомы как продуктивные, так и негативные. Именно это является доказательством, а не интуитивное чувство или внутренняя непонятность (“инакость”). Есть ли здесь достаточная доказательная база для такого диагноза? К тому же, современная психиатрия стоит на позициях “презумпции психического здоровья”, а также на позиции “презумпции менее тяжелого диагноза”, т.е. ставится тот диагноз, который достоверно может быть доказан сейчас, а не в катamnезе по типу “в дальнейшем нельзя исключить...”. В данном случае, утверждение, что явная шизофрения развивается позднее — не будет ли встречаться в штыхи большинством психиатров, ведь шизофрения в обыденной клинической жизни для них другая, это все-таки блейлеровская шизофрения, где есть аутизм, где есть эмоционально-волевые нарушения, особенности мышления? Где, тем более, нет классических синдромов первого ранга по Шнайдеру? Да, процессуальная деперсонализация характерна для шизофрении (хотя продуктивная деперсонализация бывает трудно различима с субъективно определяемыми изменениями личности — 2-й круг негативных расстройств по А. В. Снежневскому). Но продуктивная деперсонализация как при вялотекущей шизофрении (деперсонализационно-дереализационный вариант), так и при приступообразных формах (на фоне бреда или депрессии) имеет четко очерченные симптомы, которых здесь нет. Но Вы находите у пациента продуктивную деперсонализацию, обозначая ее именно как шизофреническую — нет ли здесь явного противоречия?

В. Г. Остроглазов: Больной в настоящее время лечится в психиатрической клинике, является по существу инвалидом и не нуждается ни в презумпции психического здоровья, ни в приоритетности менее тяжелого диагноза. Кажется, легче уж некуда (клинического диагноза “невротических и соматоформных расстройств” — F 44.7 по МКБ-10 ВОЗ), а больной остается в психозе и ему лучше пока не становится. По-моему, он нуждается прежде всего в возможно более точном распознавании его болезни и адекватной лечебно-восстановительной тактике. Изложенное мной дифференциально-диагностическое обоснование диагноза шизофрении не только не противоречит концепции Э. Блейлера о “группе шизофрений”, но

опирается на главный ее принцип, давший ей имя — понятие схизиса, расщепления. Конечно же, этот типичный случай А не относится к т.н. ядерным шизофрениям, а представляет длительно латентно непсихотически протекавшую, ларвированную шизофрению, которая после перехода на психотический уровень А выступает под маской экзогенно-органических или психогенных, истерических, диссоциативных амнестических синдромов. Поэтому неудивительно, если диагноз шизофрении будет, как Вы говорите, принят “в штyki большинством психиатров”. Так уже давно происходит в российской, в частности, московской психиатрии. Но вопросы научной истины не решаются голосованием. И мы с Вами, как исследователи, должны к ней стремиться всегда, даже в прикладном ее значении клинического диагноза.

В. А. Солдаткин: Уважаемые коллеги, подведем итоги конференции.

Мы обсуждаем сегодня клиническую загадку, найти на которую ответ принципиально важно для нашей специальности. Разумеется, в сложном клиническом случае могут, и даже должны быть различные мнения — только их обсуждение позволяет думать, спорить, искать истину. Я хотел бы от имени конференции поблагодарить нашего уважаемого гостя, Виктора Гавриловича, за заинтересованное участие и высказанное заключение.

Уверен, что у него не вызовет эмоциональной реакции то, что выступавшие не во всем разделяют его точку зрения. Я присоединюсь к их ряду.

У меня сложилось мнение, как и у многих выступавших, что “нарушение памяти” в данном случае — вершина айсберга, часть феномена. Характеристики этих проявлений позволяют думать, что скорее речь идет об отчуждении воспоминаний, их блокаде, нарушении самосознания. И все это вполне обоснованно позволяет говорить об алло- и аутопсихической деперсонализации.

Мы говорим о бредовой деперсонализации, как правило, когда рассматриваем этапность развития онейроидного приступа шизофрении. В литературе этот этап приступа описан под названием периода “интерметаморфозы” и бреда особого значения. Понятия *дереализация* и *деперсонализация* применяют, исходя из стремления подчеркнуть важное место, занимаемое в клинической картине искаженным (бредовым) толкованием явлений внешнего мира и объективной сферы. Состояние больных характеризуется, прежде всего, особым бредовым восприятием окружающей среды и явлений, происходящих в теле и мышлении. Кроме разнообразных нестойких бредовых идей (отношения, отравления, инсценировки) часто наблюдается симптомы психического автоматизма (открытость мыслей, их предсказания и угадывание окружающими, навязчивые движения, вызванные ощущения и желания), ложные узнавания (окружающие — это переодетые врачи, друзья, родные), иллюзорные нарушения, аффективные расстройства (повышенное настроение с взбудораженно-

стью, депрессии с заторможенностью, лабильный аффект с переходом от гипомании к тревоге и страху). Особенностью этапа является сохранность ориентировки во времени и месте и бредовая (или двойственная) ориентировка в обстановке. Т.е. нарушена не способность восприятия предметов, а личностный смысл, информативное значение воспринимаемого, его значение для больного (*бред особого значения*). Происходящее вокруг больного выглядит для него странным, загадочным, ненастоящим, искусственным, подстроенным. Поведение окружающих “притворное, театральное”. Эта бредовая дереализация происходит одновременно с чувственно-бредовой деперсонализацией. Различные ощущения (боли, сенестопатии, чувство тяжести или легкости), явления, происходящие в мышлении больного (ментизм, остановка мыслей) воспринимаются в особом бредовом плане. Характерная готовность к бредовому восприятию часто реализуется под влиянием событий и деталей обстановки. Отдельный текст, фраза, появление или уход знакомых и незнакомых лиц могут породить новую бредовую фабулу или подтвердить имеющуюся. Но наряду с бредовым восприятием остается и реальная верная картина мира, т.е. появляется двойная ориентировка. Поведение больных на этом этапе изменчиво. Часто выглядят настороженными зрителями происходящего “спектакля”, называют себя вымышленными именами, отвечают как на допросе, перестают отвечать при появлении третьего лица.

У пациента, заболевание которого мы сегодня обсуждаем, конечно, описанных явлений не обнаруживается. Но ведь речь не идет об онейроиде... Мысль В. Г. Остроглазова о том, что дезинтеграция психики больного столь выражена, что ей следует придать категориальный статус психоза, понятна; и все же разделить ее я не могу.

Хочу обратить внимание на ряд факторов predispositions к расстройству:

1. Наследственная отягощенность алкоголизмом;
2. Выявленные: пограничная интеллектуальная недостаточность, перенесенная черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга), атипичные формы алкогольного опьянения (их можно типировать как взрывные; при этом никогда агрессия не выходила из-под контроля больного). Эти признаки, в совокупности с данными нейровизуализации, позволяют говорить об органическом фоне (почве).
3. Сензитивность больного, со склонностью к реакциям конверсионного типа (смерть друга — атакия; рождение сына — обморок).

Что мы видим в длиннике развития расстройства? Достаточно уверенно мы можем говорить о начавшемся весной, за 2 – 3 месяца до развития аутоперсонамнезии, депрессивном состоянии пациента. Обращает на себя внимание то, что непосредственно перед “исчезновением” больного имело место 3-х дневное (не характерное для пациента!) употребление алкоголя. На фоне алкогольного опьянения развился конфликт, сутью которого являлись несправедливые об-

винения и требования к пациенту. После конфликта он “исчезает” и 7 дней движется вдоль железной дороги. Не могу это состояние обозначить иначе, как “фуга”, а изучаемое сейчас проявление — как “диссоциативную амнезию”. Я понимаю, что для развития классической диссоциативной амнезии мы должны бы иметь больше указаний на истерические черты преморбидной личности (но ведь истерическое реагирование может иметь место и не у истероида) и на яркий, существенный для личности, конфликт. Хочу высказать предположение, которое потребует и катамнестических, и статистических (по изучению других больных) доказательств: необычный фон послужил причиной заметного возрастания стресс-уязвимости и повлиял на выбор формы реагирования. Фон состоит в сплаве резидуально-органического компонента, алкогольного воздействия и, полагаю (хотя не смогу доказать), эндогенной депрессии. Это — предположение. Нам же, в соответствии с принципом презумпции психического здоровья, надо говорить о расстройстве, которое мы на сегодня можем *доказать*.

Давайте посмотрим на критерии диссоциативной амнезии (F 44.0) по МКБ-10:

Основной признак — потеря памяти, обычно на недавние важные события. Она не обусловлена органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы быть объясненной обычной забывчивостью или усталостью. Амнезия обычно фокусируется на травматических событиях, таких как несчастные случаи или неожиданная потеря близких, обычно она является парциальной и селективной. Генерализованность и полная амнезии часто варьируют день ото дня и при оценке разными исследователями, но постоянным общим признаком является невозможность вспомнить в состоянии бодрствования. Полная и генерализованная амнезия является редкой и обычно представляет собой проявление состояния фуги (F 44.1).

Аффективные состояния, которые сопровождают амнезию, очень разнообразны, но тяжелая депрессия является редкой. Могут быть очевидными растерянность, дистресс и разные степени поведения, направленного на поиск внимания, но иногда бросается в глаза позиция спокойной примиренности. Чаще всего заболевают в молодом возрасте, причем самые крайние проявления обычно имеют место у мужчин, подверженных стрессу сражений. У пожилых неоргани-

ческие диссоциативные состояния являются редкими. Может наблюдаться бесцельное бродяжничество, обычно сопровождающееся гигиенической запущенностью и редко продолжающееся более одного-двух дней.

Диагностические указания:

а) амнезия, парциальная или полная, на недавние события травматической или стрессовой природы (эти аспекты могут выясниться при наличии других информантов);

б) отсутствие органических расстройств мозга, интоксикации или чрезмерной усталости.

Соответствие, как мы видим, есть, но оно неполное. Позволю себе предположить, что это связано с патопластическим влиянием фона, о котором я говорил выше.

Почему, с моей точки зрения, это не органическая амнезия, не ретроградная амнезия? Адресность нарушений памяти — исключительно в отношении личности больного; отсутствие клинической картины Корсаковского или психоорганического (с триадой Вальтер-Бюэля) синдромов.

Почему я не могу поставить диагноз процессуального расстройства? Не вижу ни характерных продуктивных расстройств в их закономерном развитии, ни специфических негативных изменений, которые бы мы выявили и доказали.

Мое мнение: **диссоциативная амнезия у сензитивной личности, на резидуально-органическом фоне**. Отчетливо понимаю условность диагноза; мы в обязательном порядке будем осуществлять катамнестическое наблюдение за этим больным. Впрочем, вся эта проблема нашей кафедре интересна. Уважаемые коллеги, хочу объявить вам, что проблема аутоперсонамнезии будет являться одной из приоритетных в научном направлении работы кафедры; мы готовы без промедления госпитализировать в психотерапевтическое отделение клиники Ростовского государственного медицинского университета направляемых вами больных этого профиля.

Дорогие коллеги, мы завершаем работу конференции. Я очень рад нашей сегодняшней встрече — около 150 человек в зале свидетельствуют о том, что оживает интерес к клинической психиатрии, к комплексному подходу в нашей специальности. Хочу еще раз поблагодарить В. Г. Остроглазова за то, что нашел время для визита в наш город.

От редактора. Ростовская кафедра психиатрии и наркологии уже повторно (НПЖ, 2009, 4) выступает с превосходной инициативой, посылая распечатку своих клинических разборов. Такого рода практику следовало бы умножать и разнообразить собственными новациями в подаче материала, стиля разбора, выбора спорных случаев, приглашения ведущих специалистов по выбранной теме, придерживающихся различных позиций и т.п. Все это существенно раздвигает многомерный горизонт разрабатываемых проблем и служит выразительным примером острой необходимости противоотвеса и коррекции одностороннего развития узко понятой “доказательной медицины” (анкеты, шкалы, большие выборки, индуктивные категории и т.п.).

Очень удачным стало также приглашение д-ра В. Г. Остроглазова — проторителя обсуждавшейся проблемы, в очередной раз выступившего с оригинальной инициативой нового эпонима в отношении синдрома аутоперсонамнезии (см. стр. 92 – 97).

Шизофренический дефект и психотерапия живой врачебной индивидуальностью

М. Е. Бурно¹

Рассказывается о некотором повышении качества душевной жизни больных шизофренией с конечными состояниями специальными приёмами Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно).

Ключевые слова: качество душевной жизни, Терапия творческим самовыражением (М. Е. Бурно), шизофренический дефект.

Последние лет десять, по причине перемены жизни в стране, всё реже приходят в нашу психотерапевтическую диспансерно-кафедральную амбулаторию² неврозоподобные психиатрические пациенты с алкогольными и наркотическими наслоениями. Чаще это — алкогольно отягощённые *инвалиды*, страдающие шубообразной шизофренией, в т.н. постпсихотическом состоянии, реже — кататонические и гебефренические пациенты. Объединяют их, несмотря на выраженный дефект, переживание (хотя часто и скрытое, расщеплённое) своей неполноценности, несостоятельности, выброшенности из жизни, переживание отсутствия чувства самособойности, разнообразные, тесно связанные с выше перечисленным, тревожно-депрессивные расстройства. По причине этой, в широком смысле, дефензивности, не желая быть только “сонным роботом”, “овощем” “от лекарств”, они и просят о душевном оживлении в психотерапевтической помощи.

Так сказать, “в прибавку” к лекарственному лечению в диспансере по месту жительства они, по направлению диспансеров, получают у нас эту бесплатную психотерапевтическую помощь (в основном Терапию творческим самовыражением (ТТС) (Бурно М. Е., 2012) — для (как это официально отмечается в документах) повышения душевного, духовного качества жизни. Психотерапия тяжёлых дефектных больных шизофренией естественно укладывается в сегодняшнюю психосоциальную реабилитацию и психосоциальную терапию. Убеждён, что т.н. “психобразование” и обучение правильной трате денег в магазинах, уборке квартиры, приготовлению обеда и

т.п. — всё это должно быть психотерапевтически проникнуто хотя бы слабым целительным светом вдохновения, который сообщает больному специальная терапия (психотерапия) духовной культурой и, в частности, наша ТТС. Поясню кратко, в чём существо ТТС, в отличие от современной Терапии искусством (включающей в себя и Арт-терапию), от Экзистенциально-гуманистической психотерапии. Существо ТТС в том, что мы в духе естественно-научной, клинической, психиатрической психотерапии помогаем дефензивному пациенту посылно познавать особенности своих хронических расстройств, характера в процессе разнообразного творчества (создание каких-либо творческих произведений, творческое общение с искусством, литературой, природой и т.д.) — для того, чтобы он, по возможности, всё более чувствовал себя неповторимым собою, обретая целительное творческое вдохновение, хотя бы его крупинцы. Для того, чтобы легче было жить страдающему человеку лечебно-творчески, сообразно природе, особенностям своих хронических переживаний, участь терапии творчеством, в том числе, и у созвучных пациентам складом души известных художников, писателей, среди которых было немало творцов с душевными расстройствами. Свет творческого вдохновения серьёзно помогает даже тяжёлым инвалидам сделаться более полезными в семье, вообще в жизни, — хотя бы в мелочах, освобождает от оживления алкоголем.

Работая нашим обычным образом уже с такими новыми группами творческого самовыражения (по 12 – 15 чел.), состоящими из душевнобольных, дефектных но дефензивных, с расстроенной критикой, расплывчатой нелогичностью мышления, убедился в том, что они, несмотря на сумбурную обстановку в группе, почти все, тянутся по-своему к постижению себя и других в творчестве в нашем полудомашнем психотерапевтическом уюте, за длинным столом, в психотерапевтической гостиной с чаем, слайдами, му-

¹ Кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России.

² Клиническая база кафедры — Наркологический диспансер № 6 ГКУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ (Филиал № 6).

зыкой, свечами. В этом несомненном бурном стремлении к творческому самовыражению (например, в обсуждении стихотворения Пушкина или картины какого-то художника на экране, или рисунка кого-нибудь из пациентов) поначалу царил неразбериха. Говорили, не слушая друг друга. Как сказал бы несведущий гость, “несли невесть что”. Правда, по временам это говорение-обсуждение происходило и по-английски, и по-французски. Некоторые фразы были философически-сложными, в том числе, для некоторых врачей-слушателей, сидевших во втором ряду, даже космически-витиеватыми. Например, заметив на столе разделённый для всех шоколадно-вафельный торт, я по обыкновению спросил, у кого же сегодня день рождения. Однотонно улыбающаяся пожилая дама с круглыми щеками сообщила, что торт прислала нам маленькая внучка подруги её двоюродной сестры из Якутии, это недалеко от Полярной звезды. Пояснила примером дефект у больного, сказывающийся, прежде всего, в грубой нескритичности. 55-тилетний утрированно-инфантильный девственник, получивший в молодости диплом юриста-международника, рассказывает во всеулышание в группе о “прекрасной интимной близости”, которую пережил во сне с присутствующей тут же за столом девушкой. И т.д. Однако вскоре явственно обнаружилось, что чем серьёзнее относиться ко всей этой нелогичной неразберихе с несуразницами и вопиющими нескритичностями, чем естественнее ведёшь себя с этими пациентами, без снисходительности, не как с детьми, а как с уважаемыми размышляющими собеседниками, — тем серьёзнее, разумнее, критичнее, тоньше становятся эти больные. Открываются в них всё новые неожиданные духовные богатства, которым ещё удивлялась Виолетта Николаевна Фаворина в своей докторской диссертации “О конечных состояниях шизофрении” (1965). Всё это, конечно, знакомо уже из классики, но почти не участвует в сегодняшней нашей психиатрической, психотерапевтической практике.

Вспоминаю, как в нашей молодости доцент нашей кафедры Владимир Елизарович Смирнов, психотерапевтически работающий с тяжёлыми душевнобольными, терпеливо и заинтересованно отвечал больному, который всё ходил за ним в отделении по пятам и постоянно спрашивал, сколько сейчас времени. Смирнов смотрел на свои часы и спокойно сообщал, который сейчас час, а мне серьёзно пояснил: “Ну, что же, время, действительно, движется”. Больного всё это явно успокаивало, просветляло. Наконец, уже немолодой, мудрый Эрнст Кречмер (Ernst Kretschmer) в работе “Многомерная структура шизофрений применительно к их лечению” (1957) описывает данный феномен с классической выразительностью. Например, Кречмер рассказывает, как демонстрирует на лекции “гебефренного больного с его странными дурашливыми ужимками”. “Он (больной — М. Б.) сразу же, не дожидаясь вопросов, начинает говорить, устраивает-

ся за кафедрой и, фамильярно и неловко гримасничая, произносит мало вразумительную речь, в которой постоянно повторяются колкие замечания в адрес врачей, профессоров и студентов. Но если я, воздерживаясь от каких бы то ни было реплик, строго избегая хоть сколько-нибудь иронического или снисходительного тона, заговорю с ним просто, деловито и дружески, стараясь, чтобы он почувствовал *уважение к его личности* (курсив мой — М. Б.), — то может случиться, что за несколько минут всё высокое здание казавшихся безумными идей, бессмысленных слов и странных жестов рухнет, ни следа не останется от гримас. Он просто сидит рядом со мной, мы спокойно беседуем и понимаем друг друга, все нюансы в манере речи и в выборе выражений уместны” (s. 185). Э. Кречмер так объясняет подобные перемены в состоянии тяжёлых больных шизофренией. Больной переживает, гиперкомпенсирует свою неполноценность (“сложная реактивная надстройка” над болезненным процессом, “в которой проявляется прежде всего нечто иное, как комплекс неполноценности Адлера”) “игрой” в безумие”, “шутовской свободой психоза”, позволяющими ему “безнаказанно возвыситься над другими с помощью вызывающих иронических замечаний и гримас”, “убежать от реальности, из тернистой, нелюбимой и непонятной действительности с её требованиями действовать”. А описанное уважительное поведение врача здесь — “словно оклик человеческого голоса в пустыне” (курсив мой — М. Б.). Кречмер не считает это “анализом”. Врач теперь, обращаясь к сознанию, “прорабатывает комплексы с помощью точных слов и в точно выбранный момент” (s. 186 – 187).

Я хотел бы здесь остановиться, высветив лишь этот кречмеровский “оклик человеческого голоса в пустыне”, это, тоже выше отмеченное, “уважение к его (больного — М. Б.) личности”, высветив именно то, что *разрушает* нелогичную неразбериху с несуразницами и вопиющими нескритичностями. Что есть это разрушающее? Это *разрушающее* есть, по-моему, наше человечески-искреннее, даже не просто уважительное, а спаянное с врачебной профессиональной любовью проникновение своей неповторимой индивидуальностью в нарушенное, разлаженное душевное состояние пациента. Ведь только живой индивидуальностью возможно оживить, собрать болезненно размытую, рассыпанную индивидуальность пациента с его подспудным желанием целительно вернуться к себе. В широком понимании это Терапия творческим самовыражением больных шизофренией, в которой особым родом организованное творчество неотделимо от врачебной любви. Своим подобным отношением к больным, своим погружением с ними в творчество в поисках себя мы помогаем им, духовно обогащаясь, всё глубже чувствовать себя собою, возвращаясь к своему “Я”, укрепляя, как говорится, его границы. Современная психосоциальная реабилитация в психиатрии также подчёркивает, что “целью

психотерапии” в этой области является “не психоз или лежащая в основе его возникновения уязвимость, а укрепление “Я”. (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004, с. 154).

Далее идёт уже ещё более сложная наша работа в ТТС, углубляющая, закрепляющая это улучшение состояния — вплоть до возникающего желания как-то глубже войти в жизнь людей, в какую-нибудь, быть может, подработку к пенсии и т.д. Уже знакомый нам 55-тилетний пациент с печальным дипломом юриста-международника в своём “домашнем музее” на клинко-психотерапевтической конференции с убеждённой, логично, без свойственных ему мыслительного расплывания и соскальзываний, рассказывает о том, что еженедельный двухчасовой вечер в психотерапевтической гостиной, уже в течение 6-ти лет, даёт ему на неделю “заряд вдохновения, смысл жить среди людей, терпеливо ухаживая за престарелой мамой”. Всё дело тут, как он считает, “в изучении себя, других в творческой атмосфере для ощущения себя самим собою”. “Здесь одно занятие не похоже на другое, нет банальности, трафарета, формализма, которые повергают меня в тупую депрессию. Оживая среди наших разговоров о художниках, поэтах, учёных, понимаю, чувствую, что и я чего-то стою. А ведь мой доктор в другом месте требовал ещё 6 лет назад, чтобы я стремился не сюда, а в больницу, к ле-

карствам, потому что у меня в голове тараканы расползаются”.

В заключение отмечу, что, по-моему, настоящему психиатру, т.е., специалисту, предрасположенному к психиатрии природными особенностями своего склада, не так уж трудно, уже в молодости, по-врачебному, полюбить разлаженного и от того беспомощного душевнобольного с переживанием своей неполноценности, несамособойности, помочь ему тем самым почувствовать себя неповторимым человеком, личностью. Не так уж трудно полюбить дефензивного — в отличие, например, от агрессивно-безнравственного психопатоподобного пациента. Соматологу же понимание того, о чём, рассказал, может помочь общаться со своими соматическими больными, страдающими душевными болезнями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. *Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод)*. — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. — 487 с. с ил.
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии*. — М.: ИД Медпрактика, 2004. — 492 с.
3. Фаворина В. Н. *О конечных состояниях шизофрении*: Автореф. дис. докт. мед. наук / ЦИУ врачей. М., 1965. — 24 с.
4. Kretschmer E. *Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie // Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 1957. — 7. Jahrg., Heft 5. — S. 183 – 191.

XVIII Консторумские чтения “Языки психотерапии”¹

Открывая ещё одну ежегодную научно-практическую конференцию, я, как председатель Общества клинических психотерапевтов НПА России, подчеркнул соединение в нашем подходе классического психиатрически-психотерапевтического клиницизма с мотивами феноменологической психиатрии, философии и с терапией духовной культуры.

Вступительное слово Президента НПА Юрия Сергеевича Савенко.

“Тема XVIII Консторумских чтений — языки психотерапии — позволяет всмотреться в пути ее воздействия. Психотерапевт должен общаться с больным на внятном для него, прежде всего, невербальном языке, которым является сама манера общения, определяющая понимание языка слов и доверие к нему. Невербальная составляющая речи часто сильнее вербальной. Языком психотерапии в не меньшей мере, чем ее разнообразные методы, служит общая атмосфера, в которой они применяются и которая также должна быть организована.

Но необходимо учитывать еще более глубокий подпочвенный слой — ожидания больного, его часто болезненную преднастройку, адекватно предусмотреть которую может только психиатр-клиницист на основе клинической интуиции, которая дается только каждодневным опытом непосредственного общения с больными.

Языки психотерапии можно рассматривать как арсенал всевозможных приемов и методов переосмысления и придания позитивного смысла индивидуальной системе отношений и целеполаганий пациента, по аналогии с буквами, словами, предложениями и рассказами.

Задача психотерапии — перенаправить или преобразовать или вытеснить и заменить или актуализировать скрытые, глубоко личные смыслы, как источники активности и организовать индивидуальную систему личностных компенсаторных механизмов. Каждый психотерапевтический метод может быть описан как укрепление, стабилизация или восстановление, реконструкция и даже формирование новых личностных компенсаторных механизмов или их систем и их внутренней согласованности как апелляции к различным уровням и сферам личности.

На этом языке личностных компенсаторных механизмов могут быть описаны как известные психотерапевти-

¹ НПА России, Общество клинических психотерапевтов НПА, 21 декабря 2012 г., Москва.

ческие методы, так и сами пациенты и их расстройства и, таким образом, открывается естественный способ нахождения адекватной индивидуальной психотерапии.

Могучим источником активности и опорой личности является творчество, творческое самовыражение в самых различных формах, в том числе повседневной профессиональной и домашней деятельности, обретающей новый более глубокий смысл”.

В докладе Александра Борисовича Павловского, медицинского психолога Психиатрической больницы № 3 им. В. А. Гиляровского (Москва), “Десятилетний опыт применения Терапии творческого самовыражением в работе с хроническими больными шизофренией с выраженным дефектом” важнейшими положениями представляются следующие.

“Больные, объединённые обсуждением предлагаемых мною тем на занятии, неожиданно для себя, с удивлением и далее, с нескрываемым интересом, открывают друг в друге тонкое понимание предмета, обнаруживают глубину своего переживания. С уважением, терпеливо выслушивали они товарища, не нарушая дисциплины. В результате этих психотерапевтических занятий и уже во время занятий у больных формировалось стремление к творческому поиску своего, индивидуального, пути, сильного осознания своей развивающейся личности. Больные не подозревали прежде о такой психологической помощи”.

“Собственные успехи больных, занятость, увлечённость, вдохновение укрепляют доверие к лечащему врачу. Сопобствуют осознанию больными того, что психокоррекция является составной частью единого лечебного процесса”

“Изучение характеров (в широком смысле) то есть самих себя, помогает больным стать хотя бы немного критичнее к себе, контактировать с окружающим миром в согласии со своим характером”.

“Больным предлагается проективная методика “Дорисуй пейзаж” и составление схемы “Моё представление об образе жизни” (методики А. Б. Павловского — М. Б.). Это сильно мотивирует больных (в том числе, больных с апато-абулическим синдромом — М. Б.) к продуктивной деятельности”.

Одухотворённый, благородный рассказ докладчика сопровождали выразительные фотографии работы с тяжёлыми больными.

Доклад доцента кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета (РГМУ) (Москва) Андрея Аркадьевича Шмиловича и медицинского психолога, легализованного специалиста (из Болгарии) Маргариты Юрьевны Монторо “Язык манипуляции пациента в клинической психотерапии (случай из практики)” даю здесь в авторском резюме.

“Авторы подразделяют манипулятивные тенденции пациентов на два типа — осознанные и истинные. К первым относятся установочное поведение психически здоровых людей, направленное на достижение вторичной выгоды: симуляция (психиатрические экспертизы), непатологическое фантазирование (псевдология истериков, эгоцентрические и иждивенческие установки, для достижения шиминутных потребностей и прихотей в школе, институте, на работе, в семье...). Ко вторым следует

относить патологические побуждения и действия психически больных, возникающие в результате психопатологического нарушения и направленные на достижение парабулической цели (суицид, отказ от еды, самоповреждение, смена пола...).

Приводится описание клинического случая пациентки, использующей “язык манипуляции” для реализации психопатологической мотивации смены пола. Случай рассматривается с двух позиций — психиатрической и психологической. Классический психопатологический клинический разбор противопоставляется психоаналитической оценке заболевания пациентки. В результате, несмотря на различия диагностических мнений и лечебно-реабилитационных рекомендаций, демонстрируется созвучие и единство взглядов на проблему манипуляции в клинической психологии и психиатрии”.

Дополняющие друг друга доклады доцентов кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Российского университета дружбы народов (Москва) Антона Марковича Бурно и Светланы Владимировны Некрасовой так же представлены в следующем их резюме (Общее название — “Опыт применения Терапии творческим самовыражением в комбинации с Терапией пустого усилия и психодраматическими техниками”).

“Доклад посвящён опыту применения Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно) в сочетании с психотерапевтической работой с “пустым усилием”. Под пустым усилием докладчики понимают стремление прямым волевым образом управлять процессом мышления-чувствования. Подробно рассказывалось о переживаниях, связанных с пустым усилием, в том числе, и у эндогенно-процессуальных пациентов. Отмечалось, что пустые усилия резко увеличивают общее душевное напряжение и придают переживанию характер “деструктивности”: негативные эмоции ощущаются как “разрушающие”, “воспаленные”, “надрывные”. Затрагивались вопросы происхождения пустого усилия. Описывались способы терапевтического устранения подобных душевных движений: рационально-когнитивный, “медитативный”, “драматический”. Был приведен клинико-психотерапевтический случай, на примере которого с фотоиллюстрациями была показана работа с пустым усилием при помощи психодраматических техник. Авторы также рассказали об опыте применения ролевых игр при изучении характеров. Особое внимание уделялось связи терапии пустого усилия и ТТСБ. Докладчики отмечали феноменологическую схожесть переживания, возникающего при избавлении от пустого усилия и переживания собственной неповторимости-уникальности в ТТСБ”.

В заключение первой половины конференции доцент кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (Москва) Игорь Степанович Павлов, в сущности, попытался представить в своём самобытном духе суть психотерапии.

“Так как психотерапия у нас в большинстве случаев носит клинический характер, она включена в сущность и процесс лечения, врачевания в целом, а не фрагментарно, процедурно.

Модальность в чистом виде, во-первых, не лечит, — это инструмент, механизм воздействия, требующий наполнения лечебным содержанием. Во-вторых, единственным видом механизмов воздействия, то есть мономода-

льностью, невозможно эффективно решать те или иные цели и задачи на разных этапах лечебного процесса. Наши наблюдения показывают, что часто психотерапевты работают на уровне соучастия психотерапевта в проблемах пациентов, возникших вследствие расстройств. Это соучастие облегчает состояние пациента, но это ещё не лечебный процесс, а только, как говорил Владимир Евгеньевич Рожнов, наложение на рану повязки с бальзамом. Психотерапия в истинном смысле слова — это путь, направление, этапы, психотерапевтическая тактика процесса “превращения” больного в здорового при остром заболевании и процесс становления ремиссии при хроническом заболевании.

Поэтому важен этап перехода в повседневной работе от мономодальной к метамодальной психотерапии, так как она является принципом интеграции, объединяет психотерапию как дисциплину”.

От себя, как председателюствующего на первой половине конференции, добавлю, что все доклады, о которых рассказано выше, своей клинико-психотерапевтической содержательностью, сердечным отношением к нашим больным, несомненно, продолжали, развивали отечественную гуманную психиатрическую психотерапию.

Второе отделение конференции под председательством заместителя председателя Общества клинических психотерапевтов НПА России, доцента кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ Бориса Аркадьевича Воскресенского (после перерыва на чаепитие с живым общением) открылось современным докладом доцента той же кафедры Анны Яновны Басовой “Роль Интернета в социальной реабилитации психических больных”. Вот авторское резюме доклада.

«При изучении Интернета психологи выделили следующие психологические особенности активного, а по некоторым данным и склонного к интернет-зависимости, пользователя сети:

- низкая самооценка (20%);
- “нереалистические и недифференцированные представления о себе и своем месте в жизни” (40%);
- “высокая независимость” (20%) понимаемая как обособленность от окружающих.

А также высокая тревожность, эмоциональная неустойчивость, застенчивость. Они испытывают коммуникативные сложности, социально пассивны, насторожены по отношению к другим людям, обладают негативной коммуникативной установкой и склонны к проявлению неконформизма.

Опросы больных различными формами психической патологии показывают, что в Москве около 85% больных в возрасте от 18 до 60 лет во внеспихотическом состоянии регулярно пользуются интернетом. Сегодня в большинстве публикаций рассматриваются отрицательные стороны Интернета. Мы сосредоточились здесь на позитивном влиянии Интернета.

Это общение, социальные навыки, активность, формирование, работа.

Интернет позволяет общаться людям с нарушениями невербальной коммуникации. Хорошо известно, что нарушения социальной когнитивной функции эндогенных больных во многом базируются на отсутствии эмпатии и невозможности восприятия невербальных средств общения. Эти особенности крайне затрудняют общение как

больных шизофренией, так и шизоидов. При интернет общении такой барьер снимается и нередко, люди, практически не общающиеся в реальной жизни, активно общаются в сети. С другой стороны в Интернете в результате физической непредставленности партнеров по коммуникации друг другу теряет свое значение целый ряд барьеров общения, обусловленных их внешним обликом: их полом, возрастом, социальным статусом, внешней привлекательностью или непривлекательностью. В результате облегчается общение для тревожных, сензитивных людей. В последние годы в Интернете стало возможным общение с подключением видео- и звука. Однако опросы эндогенных больных показывают, что большинство из них отказывается от этих возможностей, сохраняя преимущественно “текстовую коммуникацию”.

Для наших больных крайне важную роль играет анонимность сетевого общения. Стигматизированность психически больных хорошо нам известна. В реальной жизни большинство из них вынуждены скрывать свою болезнь. Анонимность сети позволяет им рассказать о своих переживаниях, обменяться информацией, посоветоваться с людьми, побывавшими в такой же ситуации, получить их поддержку, а иногда и реальную помощь. Это чем-то напоминает группы анонимных алкоголиков. Существует целый ряд форумов, поддерживаемых людьми, страдающими каким-то психическим заболеванием и многие больные отмечали положительный эффект от их посещения.

Физическая непредставленность в сети позволяет многим людям “конструировать” свою идентичность, как личностную, так и социальную. В большой степени созданием разнообразных личностей в сети занимаются дети и подростки, как бы проигрывая, тренируя, примеряя на себя разные роли. Многие взрослые люди таким же образом пытаются реализовать ролевые модели, недоступные для них в реальной жизни. Для наших больных такое “конструирование” может стать замечательной тренировочной площадкой. Многие душевнобольные, зная социальные нормы и правила, применяют их крайне ригидно, не могут подстроиться под изменяющиеся условия, не улавливают контекста социального взаимодействия, не могут понять и примерить на себя поведение другого человека. Общение в сети, особенно в игровой форме, позволяет им безопасно проиграть множество моделей взаимоотношения, оценить реакцию на них окружающих (которая благодаря вербальной форме становится однозначной), скорректировать свое поведение.

Интернет служит замечательным средством получения информации, в том числе психообразовательной. Качество такой информации к сожалению бывает весьма сомнительным, и в этом случае наша задача заключается в создании грамотных психообразовательных ресурсов для больных.

Нарушение социальной коммуникации ведет к трудностям трудоустройства и ранней инвалидизации многих наших больных. В этом плане интернет позволяет, как подобрать работу в реальном мире, так и найти работу, которую можно делать “не выходя из дома”.

Общение, создание и проигрывание различных ролей, поиски информации и работы — все это стимулирует больного, повышает его уровень активности, а соответственно и качество ремиссии.

Все эти позитивные стороны сети у конкретного человека реализуются случайным образом. Направленное их использование предполагает создание направленных сайтов, как например сайт “Лабиринты разума”, созданный при поддержке фонда “Добрый Век”».

Доклад ассистента этой же кафедры кандидата медицинских наук Софьи Даниловны Левиной “Краткосрочные циклы интенсивных арт-терапевтических занятий в условиях общепсихиатрических отделений”, как и доклад А. Б. Павловского (в первой половине), был посвящён довольно тяжёлым душевнобольным.

“Рекомендуемой нами длительностью группового цикла обычно считаем 40 – 50 часов (сообщает докладчик — М. Б.). Однако условия общепсихиатрического отделения не позволяют проводить групповые циклы столь длительно. Больные, находящиеся в тяжёлом состоянии, не могут участвовать в занятиях, а после минования острых проявлений болезни задерживаются в больнице ненадолго; длительные циклы технически невозможны в отделениях, обслуживающих 60 – 70 человек. В таких случаях значительная часть пациентов оказалась бы за рамками группы.

Поэтому мы находим экспресс-методику наиболее эффективной формой групповой работы в условиях общепсихиатрического отделения.

Этот вариант психотерапии позволил добиться:

- краткосрочности цикла;
- интенсивности воздействия;
- активного вовлечения больных с выраженными эмоционально-волевыми и личностными расстройствами, которые нередко оказывают “сопротивление” и неохотно включаются в психотерапевтическую работу;
- соблюдения закрытого формата группы, который необходим для формирования групповой динамики.

Мы проводили от 4 до 10 занятий по 1 – 1,5 часов, то есть, весь цикл занимал в среднем 6 – 10 часов. В работу было вовлечено 4 отделения, в каждом из циклов участвовало до 25 пациентов. Занятия имели следующие направления: кулинарный поединок, спортивно-игровые мероприятия, поиск клада, сказкотерапия, маски, психотерапевтический театр, психологическая грамотность. Каждый из циклов проводился в несколько этапов, занятия проходили в форме соревнования 2-х или 3-х команд.

Как показал наш опыт, за сравнительно небольшое число занятий раскрываются возможности групповой психотерапии, достигаются цели, в иных условиях требующие несравненно большего времени, происходит групповая динамика. По нашему мнению, интенсивные краткосрочные циклы могут быть широко использованы во всех отделениях психиатрических больниц”.

Я не мог не отметить после этого важного доклада, что всё-таки занятия с пациентами, о которых рассказывала Софья Даниловна, не есть истинная Арт-терапия. Это древняя, не основывающаяся на каких-либо научных началах (естественно-научных (клинических) или теоретических (психологических)), Терапия увлечённостью, творчеством в самом широком смысле. Арт-терапия со времён её становления (в 40-х годах прошлого века, американский педагог Маргарет Наумбург (Номберг)) — это всё же терапия искусством, художественном творчеством, непременно основывающаяся на психоанализе или затем на других

разнообразных психологических концепциях. Это стоит сказать, чтобы нам лучше понимать друг друга в, том числе, в мировой терапии духовной культурой.

Доклад врача, историка медицины Марины Вячеславовны Кокориной, заведующей музеем Психиатрической больницы № 1 им. Н. А. Алексеева, был посвящён “Психотерапии и трудовой терапии в истории Алексеевской больницы”.

«В 1894 г. была открыта больница на Канатчиковой даче, спроектированная другом и соратником С. С. Корсакова — В. Р. Буцке. Больничные помещения имели вид обыкновенного уютного жилья и обеспечивали наиболее дробную индивидуализацию пациентов. Было запрещено применение всяких мер стеснения, в т.ч. смиренных рубашек и изоляторов. Основными факторами лечения были: уют, доброжелательное отношение персонала и постоянная занятость пациентов. Правильная организация занятий больных считалась лечебным мероприятием. Виды работ для мужчин: плетение корзин, ремонт фуражек, изготовление папиросных гильз, переплетные работы. Женщины занимались всеми видами рукоделия. Вне отделений больные выполняли различные садово-огородные работы, трудились в оранжерее, помогали на кухне, убирали двор, занимались малярными работами, перепиской бумаг в канцелярии, помогали в постройке хозяйственных зданий. Заняты трудом были 80% больных с хроническим течением заболевания.

В последующие годы количество трудовых процессов увеличилось, шире стала назначаться трудотерапия больным с острым течением психозов. Трудотерапия использовалась и в патронаже, который не только способствовал разгрузке отделений больницы, но и был одним из способов вовлечения душевнобольных в трудовые процессы.

Теоретические основы советской коллективной психотерапии были заложены трудами В. М. Бехтерева и В. А. Гиляровского. В начале 20-х годов развитие этих принципов привело к сочетанию методов психотерапии с трудовой терапией, психопрофилактикой и психогигиеной. В мастерских ежедневно работало около 100 больных. Терапия уже обучала больных новым специальностям.

В 30-е годы существенный вклад внесла активизирующая психотерапия С. И. Консторума. Под трудотерапию была подведена теоретическая база, трудовые процессы приблизились к постели больного. Анализировалось влияние труда как лечебного фактора. Трудовые процессы были расчленены до самых элементарных и безопасных, чтобы занять и самых тяжёлых больных. Использовались бригадный метод, соц. соревнование, доска почёта. Сотрудники больницы выпустили целый ряд научных работ по трудовой терапии. Трудотерапия рассматривалась как разновидность психотерапии.

В 1950 г. начинается коренная перестройка лечебного процесса в свете учения И. П. Павлова, в связи с чем, особое внимание было уделено лечению сном. При этом было прекращено непрерывное использование амитал-натрия, жидкости Клоэтта. Широко использовалась гипнотерапия. Появление новых медикаментозных средств снизило направленность врачей на использования труда в лечении пациентов, но трудовая терапия всё же осуществлялась внутри отделений, в лечебно-трудовых мастерских и оранжерее.

В 1980-е годы реабилитационная бригада проводила профессиональную реабилитацию пациентов дневного стационара в индивидуально-созданных условиях на 5 московских предприятиях. После 2 – 4 мес. временного трудоустройства в индивидуально-созданных условиях пациенты либо трудоустраивались постоянно на предприятии (при необходимости — с различными льготами), либо направлялись в ЛТМ районного ПНД. В течение 1982 г. на производство было направлено 174 пациента.

В 80 – 90-е г. были созданы отделения пограничных состояний и немедикаментозных методов лечения, в которых значительное внимание уделялось различным видам психотерапии, психокоррекции и нетрадиционным методам лечения. На рубеже 20 – 21 веков расширилась социально-психологическая служба больницы, и различные виды психотерапии начали использоваться клиническими психологами. Развитие АРТ-терапии позволило в 2010 и 2012 гг. провести фестивали творчества людей с особенностями психического развития “Нить Ариадны”».

Доклад Кирилла Евгеньевича Горелова, врача-психотерапевта Психоневрологического диспансера № 20 г. Москвы, преподавателя курса “Клиническая характеристика” Московского психолого-педагогического университета, учёного секретаря Центра ТТСБ Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ), назывался: “Шизофренический дефект. Опыт краткосрочного применения ТТСБ”. Ниже даю авторское резюме доклада.

“В докладе освещается опыт применения психотерапевтического метода Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) у пациентов с длительно текущим шизофреническим процессом, наличием шизофренического дефекта.

Краткий обзор научных данных о структуре, типах дефекта, динамике болезненных симптомов в процессе его формирования. А также — о возможности, условиях компенсации дефицитарной симптоматики, развития процессов реадaptации. Рассматривается понятие реабилитационного потенциала человека применительно к состоянию, определяемому как шизофренический дефект.

Приводятся убедительные данные о возможности повышения эффективности лечебных мероприятий, проводимых у пациентов с шизофреническим дефектом, с повышением показателей качества жизни в случае дополнения биологической терапии проведением комплексной — реабилитационно-психотерапевтической работы с помощью данного метода”.

Председательствующий на второй половине конференции доцент Борис Аркадьевич Воскресенский в заключении отметил “высокий научный уровень, актуальность и тематическое многообразие прозвучавших докладов”. Далее даю авторское резюме выступления Бориса Аркадьевича.

“Исследование Анны Яковлевны Басовой по-особому подчёркивает активность и самостоятельность психического как одной из онтологических стихий (именно так

выразился Борис Аркадьевич — М. Б.), предполагает поиск и изучение новых, особых форм проявления психических расстройств, разворачивающихся в этой среде.

Система арт-терапевтических занятий, представленная Софьей Даниловной Левиной, привлекает своей многоплановостью, многообразием форм, что, по-видимому, — при кратковременности лечебного курса — в значительной мере и обеспечивает ее эффективность по отношению к больным с самыми различными личностными особенностями (изначальными и нажитыми), вариантами течения заболевания, духовными запросами и возможностями. Развернувшаяся после выступления Софьи Даниловны дискуссия об уместности определения “арт-терапия” в данном случае несомненно поможет исследователю и ее единомышленникам в оттачивании используемых техник, в поиске новых подходов, методик, путей повышения эффективности курса.

Историческое полотно, развернутое Мариной Вячеславовной Кокориной, выразительно показало, что формы, методы, объем, возможности психотерапии и трудотерапии детерминированы духовными и социально-экономическими условиями и возможностями государства и общества. Несомненно, что следует возродить успешные давние, но утраченные в наши дни подходы и одновременно искать и воплощать новые инструменты этой деятельности, соответствующие гуманистическим, демократическим лозунгам, мышлению и технологиям XXI века.

В наши дни, когда весьма значительное количество больных с шизофреническим дефектом получает терапию в диспансерных условиях, опыт применения Терапии творческим самовыражением по М. Е. Бурно, представленный Кириллом Евгеньевичем Гореловым, может служить примером и, наверное, одним из образцов для подражания в необходимом и нерешаемом лекарственными средствами деле реабилитации и реадaptации этого сложного контингента. Докладчик вселил в слушателей оптимизм, показав, как на языке психотерапии можно говорить и с “дефектными” больными.

Итак, имея ввиду конференцию в целом, языки психотерапии — клинический, психологический, социодинамический, художественный, исторический, “зоологический”, кулинарный — бесконечно многообразны, но все они говорят об одном — о путях возвращения души, надломленной болезнью, к полноте бытия”.

По традиции ежегодная конференция “Консторумские чтения” закончились Третьим отделением — выступлением Психотерапевтического реалистического театра Инги Юрьевны Калмыковой, кандидата медицинских наук, ассистента кафедры психотерапии и сексологии РМАПО. В Большом концерте вдохновенно-проникновенно, хотя и внешне скромно, выступали пациенты и психотерапевты. Было это целительно и для зрителей, и для выступавших своим содержанием, музыкой, слайдами природы на экране, уютной праздничной атмосферой.

**Проф. М. Е. Бурно,
председатель Общества клинических психотерапевтов НПА России
профессор кафедры психотерапии и сексологии
РМАПО Минздрава России, вице-президент ОППЛ**

Представительство интересов подэкспертного при производстве судебно-психиатрической экспертизы

Ю. Н. Аргунова

В статье рассматриваются нормы процессуального законодательства и законодательства о судебно-экспертной деятельности, регулирующие вопрос об условиях допустимости присутствия представителя подэкспертного и других участников процесса при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Дается анализ новелл законодательства о здравоохранении, ограничивающих объем прав подэкспертных.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза; права подэкспертного; представитель подэкспертного

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон об охране здоровья) по сравнению с ранее действовавшими Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (далее — Основами) заметно ограничил объем прав лиц при назначении и производстве в отношении них судебно-психиатрической экспертизы (далее — СПЭ).

Во-первых, такие лица **утратили право ходатайствовать перед органом, назначившим СПЭ, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля** с его согласия. Данная норма, содержащаяся в ч. 3 ст. 52 Основ, служила дополнительной гарантией обеспечения объективности, полноты и всесторонности экспертных заключений.

Во-вторых, Закон об охране здоровья (п. 5 ч. 9 ст. 20) **ввел правило о допустимости при проведении СПЭ медицинского вмешательства в отношении подэкспертного без его согласия** (без согласия одного из его родителей или иного законного представителя). Из этого следует, что теперь в отношении такого подэкспертного помимо проведения недобровольного обследования разрешается выполнение “медицинских манипуляций”, имеющих не только исследовательскую, диагностическую, но и лечебную направленность.

Последнее выходит за рамки требований ч. 5 ст. 31 *Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”* (далее —

Закон об экспертной деятельности)¹, отсылающей по вопросу об оказании медицинской помощи подэкспертным к законодательству о здравоохранении, т.е. применительно к лечению психических расстройств — к норме специального закона, какой является ч. 4 ст. 11 *Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”* (далее — Закон о психиатрической помощи). Часть 4 ст. 11 Закона о психиатрической помощи недобровольное лечение допускает, однако, только в двух случаях: при недобровольной госпитализации по основаниям ст. 29 Закона и при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным УК РФ. При этом в обоих случаях недобровольное лечение может применяться только по решению суда к лицам с уже диагностированным психическим расстройством. Решение законодателя распространить допустимость недобровольного лечения на категорию подэкспертных в эту концепцию не вписывается и представляется не вполне обоснованным. При его принятии упущено также из виду, что ряд СПЭ может проводиться только с согласия лица (СПЭ свидетелей по уголовным делам; СПЭ по гражданским делам, за исключением дел о признании лица недееспособным, и др.), и поэтому проведение недобровольного лечения в отношении такого испытуемого не может иметь место. Не учитывается также, что в отношении лиц, направленных на СПЭ, диагностические вопросы, как правило, лишь предстоит решить в ходе экспертизы, а органом, назначившим экспертизу, может выступать не только

¹ Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи подэкспертным отсутствует и в Протоколе ведения больных “Судебно-психиатрическая экспертиза”, утвержденном Минздравсоцразвития России 23.05.2005 г.

суд, но и органы следствия и дознания, которые не вправе своим постановлением о назначении СПЭ “санкционировать” применение недобровольного лечения подэкспертного.

Следует также учитывать **ошибки, допускаемые судами** и другими органами при назначении СПЭ, которые приводят к нарушениям прав и свобод подэкспертных, негативно влияют на качество экспертизы. Это — необоснованное или преждевременное назначение экспертизы; неправильное определение ее вида; некорректная постановка вопросов; предоставление экспертам материалов, недостаточных для ответа на поставленные перед ними вопросы, либо несвоевременное их предоставление; поручение производства экспертизы учреждению, в чью компетенцию не входит проведение данного вида экспертного исследования. Так, Ленинский районный суд г. Краснодара поручил производство СПЭ ГУЗ “Наркологический диспансер”, в компетенцию которого проведение СПЭ не входило². Нередко в определениях о назначении СПЭ суды ставят вопросы правового характера, рассмотрение которых относится к компетенции суда. Например, по делам о признании гражданина недееспособным ставится вопрос о том “нуждается ли данный гражданин в установлении опеки”.

Суды, зачастую, не указывают дату назначения экспертизы, ее наименование, факты, для подтверждения или опровержения которых она назначается, конкретные сроки проведения экспертизы и направления заключения в суд, лицо, которое производит оплату экспертизы, сведения о предупреждении эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Имеют место случаи, когда суды в определении о назначении экспертизы не указывают вид комплексной экспертизы и основания ее назначения, а в определении о назначении повторной экспертизы не отмечают, какие именно выводы первичной экспертизы вызывают у суда сомнения. Некоторые суды при недостаточной ясности заключения, а также при отсутствии в экспертном заключении ответов на ряд вопросов, указаний на примененные методики и оборудование назначают повторную экспертизу вместо дополнительной, что приводит к неверному разрешению вопроса о том, возможно ли поручение этой экспертизы тому же эксперту.

В протоколах судебных заседаний не всегда указываются лицо, которым заявлено ходатайство о назначении экспертизы, содержание его устного ходатайства; сведения о разъяснении участвующим в

деле лицам прав, предусмотренным ч. 2 ст. 79 ГПК РФ, а также последствий уклонения стороны от экспертизы; данные о предоставлении участвующими в деле лицами вопросов, отклонении судом вопросов, об обсуждении выбора экспертного учреждения или эксперта, о заявлении отвода эксперту. Иногда при совершении указанных процессуальных действий протокол судебного заседания вообще не составляется. Так, определением суда по делу о признании гр. В. недееспособной по заявлению директора Кольчугинского детского дома-интерната для умственно отсталых детей была назначена амбулаторная СПЭ, проведение которой поручалось экспертам Владимирской ОПБ № 1. Определением суда производство по делу было приостановлено до получения заключения экспертов, однако протокол в ходе судебного заседания не составлялся.

В этой ситуации представительство интересов подэкспертного, оказание ему юридической помощи не только при назначении, но и при производстве СПЭ приобретает для такого лица особую значимость.

В *Уголовно-процессуальном кодексе РФ* право защитника подозреваемого (обвиняемого) присутствовать при производстве судебной экспертизы и давать объяснения эксперту прямо предусмотрено п. 5 ч. 1 ст. 198. Этим правом защитник может воспользоваться только с разрешения следователя, которому ст. 197 УПК РФ также предоставлено право присутствовать при производстве экспертизы и кроме того получать у эксперта разъяснения по поводу проводимых им действий. В качестве защитника в уголовном процессе наряду с адвокатом по определению (постановлению) суда может быть допущено иное лицо, о допуске которого ходатайствует обвиняемый.

Гражданский процессуальный кодекс РФ в отличие от УПК РФ право присутствовать при проведении экспертизы предоставляет всем лицам, участвующим в деле, за исключением случаев, если такое присутствие может помешать исследованию, совещанию экспертов и составлению заключения (ч. 3 ст. 84). Необходимость в получении разрешения суда на такое присутствие Кодексом не оговаривается. Как подчеркнул в беседе с нами заведующий кафедрой гражданского процесса Юридического факультета МГУ профессор М. К. Треушников, отсутствие в данной норме требования о необходимости получения соответствующего разрешения — это, скорее, пробел в ГПК РФ. По его мнению, законодатель не имел намерения разрешить бесконтрольное присутствие участников гражданского процесса при производстве экспертизы. Как один из разработчиков Кодекса он указал, что при работе над законопроектом этот вопрос был попросту упущен из виду.

Перечень лиц, участвующих в деле, о которых говорится в ч. 3 ст. 84 ГПК РФ, приведен в ст. 34 ГПК РФ. К ним относятся стороны, третьи лица, названные

² См. Обзор судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам. Утвержден Президиумом Верховного Суда РФ 14.12.2011 г. // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2012, № 3.

в ст. 42 и 43 ГПК РФ, прокурор, лица, обращающиеся в суд за защитой прав, свобод и законных интересов других лиц или вступающие в процесс в целях дачи заключения по основаниям, предусмотренным ст. 4, 46 и 47 ГПК РФ, заявители и другие заинтересованные лица по делам особого производства и по делам, возникающим из публичных правоотношений. Понятно, что гражданин, в отношении которого назначается СПЭ, выступает в процессе в качестве стороны (заинтересованного лица). Представитель³ же не является лицом, участвующим в деле. Он согласно теории гражданского процесса, так же как и свидетель, эксперт, специалист относится к категории лиц, содействующих осуществлению правосудия⁴. Из этого следует, что нормы ГПК РФ лишают представителя подэкспертного (в отличие от лиц, участвующих в деле) возможности присутствовать при производстве судебной экспертизы. Это — по-существу уже второе упущение законодателя, вызвавшее перекося в процессуальном законодательстве. Если в УПК РФ защитник занимает свое законное место среди участников уголовного судопроизводства (глава 7), то в ГПК РФ представитель надлежащим образом не классифицирован. То обстоятельство, что законодатель не наделил представителя самостоятельным статусом участника гражданского судопроизводства, наводит на мысль о том, что статус представителя фактически неотделим от статуса представляемого, поскольку согласно ч. 1 ст. 48 ГПК РФ гражданин вправе вести свои дела в суде лично или через представителя. То есть может возникнуть предположение, что в том, в чем участвует гражданин (в данном случае в проведе-

нии экспертизы), автоматически вправе участвовать и его представитель. Однако такой вывод представляется несколько упрощенным. Представитель в суде не является тенью своего доверителя или его вторым “Я” либо инструментом, с помощью которого гражданин реализует свои права. Это другой человек и, следовательно, самостоятельная процессуальная фигура. Об этом свидетельствует, например, ч. 5 ст. 10 ГПК РФ, выделяющая представителей участвующих в деле лиц в перечне тех, кто вправе присутствовать при рассмотрении дела в закрытом судебном заседании.

Отмеченные недоработки норм ГПК РФ отчасти нивелируются Законом об экспертной деятельности. В соответствии с ч. 1 ст. 36 Закона об экспертной деятельности при производстве судебной экспертизы в отношении живых лиц могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным законодательством (т.е., следовательно, ст. 197, п. 5 ч. 1 ст. 198 УПК РФ и ч. 3 ст. 84 ГПК РФ). Присутствие иных участников процесса допускается с разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу, и лица, в отношении которого производится судебная экспертиза, либо его законного представителя.

Следовательно, представитель подэкспертного лица по гражданскому делу, подпадая в данном законе под категорию “иных участников процесса”, согласно ч. 1 ст. 36 Закона об экспертной деятельности все же имеет право присутствовать при производстве СПЭ в отношении представляемого с разрешения суда, назначившего экспертизу⁵, и с разрешения (по поручению) самого представляемого. Такое присут-

³ Представителями в суде по гражданским делам могут быть помимо адвокатов также и иные дееспособные лица, имеющие надлежащим образом оформленные полномочия на ведение дела. Интересы недееспособного лица в суде по некоторым категориям дел (восстановление дееспособности, недобровольная госпитализация) могут представлять не только его законный представитель (опекун, администрация больницы или интерната), но и иное лицо, выбранное самим недееспособным гражданином. Оформление полномочий представителя производится в порядке ст. 53 ГПК РФ. Право адвоката на выступление в суде в качестве представителя удостоверяется *ордером*, выданным адвокатским образованием. Полномочия представителя могут быть определены не только в *доверенности*, но также и в *устном заявлении*, занесенном в протокол судебного заседания или в письменном заявлении доверителя в суде.

⁴ Отнесение представителя в гражданском процессе к лицам, содействующим осуществлению правосудия (наряду со свидетелем и экспертом), с нашей точки зрения, не вполне корректно, поскольку представитель, защищая интересы представляемого, не является лицом, призванным сохранять объективность. Более обоснованным представляется регулирование данного вопроса Арбитражным процессуальным кодексом РФ, причисляющим представителя к группе “иных” участников арбитражного процесса. Согласно ст. 54 АПК РФ в арбитражном процессе наряду с лицами, участвующими в деле, могут участвовать их представители и содействующие осуществлению правосудия лица — эксперты, специалисты, свидетели, переводчики, помощник судьи и секретарь судебного заседания.

⁵ Из приведенных законодательных норм следует, что заявители (родственники и другие лица) по делам о признании лица недееспособным либо истцы по делам о признании недействительной сделки, совершенной гражданином, не способным понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 177 ГК РФ) без всяких разрешений и согласований могут являться в экспертное учреждение и присутствовать при производстве СПЭ в отношении заинтересованного лица (ответчика). При этом сам подэкспертный, чьего согласия на присутствие участвующих в деле лиц не требуется, лишен права рассчитывать на помощь своего представителя при проведении СПЭ (согласно нормам ГПК РФ) либо (на основании Закона об экспертной деятельности) все же может получить необходимую ему помощь, но лишь при благосклонном отношении суда. Такое правовое регулирование не отвечает принципу справедливости и равенства сторон в суде и кроме того может негативно сказаться на работе экспертных комиссий.

ствии возможно при проведении как амбулаторной, так и стационарной СПЭ. Специального на то согласия эксперта (экспертов) или руководителя судебно-экспертного учреждения не требуется. В уголовном процессе защитнику подозреваемого или обвиняемого для присутствия при проведении СПЭ потребуется разрешение следователя или суда, назначившего СПЭ. Такое разрешение понадобится также лицу, осуществляющему представительство интересов потерпевшего, в случае назначения последнему СПЭ для установления его психического состояния при возникновении сомнения в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания. Право защитника потерпевшего присутствовать при проведении СПЭ в отношении своего доверителя вытекает из положений ч. 1 ст. 36 Закона об экспертной деятельности, которая, дополняя процессуальные нормы, предоставляет такое право «иным» (т.е. не указанным в ст. 197 и п. 5 ч. 1 ст. 198 УПК РФ) участникам процесса.

Законодательством не урегулирована **процедура получения разрешения** на присутствие при проведении экспертизы. Представляется, что представителю (защитнику) для получения разрешения необходимо подать ходатайство в суд (следователю). Разрешение суда может быть сформулировано в определении о назначении экспертизы либо содержаться в отдельном определении, если представитель (защитник) обратился за разрешением уже после назначения экспертизы. Отказ в удовлетворении такого ходатайства должен быть аргументированным. Как указывается в абзаце третьем п. 8 *постановления Пленума Верховного Суда РФ от 21 декабря 2010 г. № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам»*, участники судебного разбирательства по их ходатайствам с согласия суда вправе присутствовать при производстве экспертного исследования, производимого вне зала судебного заседания, за исключением случаев, когда суд *по ходатайству эксперта* сочтет, что данное присутствие будет *препятствовать* производству экспертизы.

Право подэкспертного на присутствие его представителя (защитника) при проведении стационарной СПЭ следует отличать от права подэкспертного, помещенного в психиатрический стационар экспертного учреждения, на *свидание* со своим представителем, допущенным к участию в деле. Такие свидания организуются экспертным учреждением в условиях, исключающих возможность получения информации третьими лицами (ч. 4 ст. 31 Закона об экспертной деятельности). Разрешений на свидания от органа, назначившего экспертизу, не требуется.

Часть 2 ст. 24 Закона об экспертной деятельности определяет **права и ограничения** для участников

процесса, присутствующих при производстве экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении. Объем прав указанных лиц заметно шире, чем это установлено процессуальными нормами. Согласно ч. 2 ст. 24 Закона участники процесса, присутствующие при производстве судебной экспертизы, могут не только *давать объяснения*, но и *задавать вопросы эксперту*, относящиеся к предмету судебной экспертизы, однако при этом они *не вправе вмешиваться в ход исследований*. Действие ст. 24 распространяется на производство судебной экспертизы также и в негосударственных экспертных организациях, а также отдельными экспертами, обладающими специальными знаниями, но не являющимися государственными судебными экспертами (ст. 41 Закона об экспертной деятельности).

При составлении экспертного заключения, а также на стадии совещания экспертов и формулирования выводов, если судебная экспертиза производится комиссией экспертов, **присутствие** участников процесса Законом об экспертной деятельности **не допускается** (ч. 3 ст. 24). Это правило представляется справедливым⁶, поскольку в противном случае члены экспертной комиссии могут быть не готовы свободно выражать свое мнение, обсуждать промежуточные и итоговые выводы, в связи с чем объективность данного ими заключения может быть поставлена под сомнение. Впрочем, по мнению профессора Российской академии правосудия Д. А. Фурсова, несмотря на указанный в ч. 3 ст. 24 Закона об экспертной деятельности запрет, положения ч. 3 ст. 84 ГПК РФ позволяют лицам, участвующим в деле, а равно их представителям присутствовать *на всех стадиях* производства экспертизы, за исключением тех случаев, когда их присутствие действительно может помешать исследованию, совещанию экспертов или составлению заключения⁷.

В случае если участник процесса, присутствующий при производстве судебной экспертизы, мешает эксперту, последний, руководствуясь ч. 4 ст. 24 Закона, вправе приостановить исследование и хода-

⁶ Согласно ст. 83 Арбитражного процессуального кодекса РФ лица, участвующие в деле, могут присутствовать при проведении экспертизы, за исключением случаев, если такое присутствие способно помешать нормальной работе экспертов, но не вправе вмешиваться в ход исследований (ч. 2). При составлении экспертом заключения и на стадии совещания экспертов и формулирования выводов, если судебная экспертиза проводится комиссией экспертов, присутствие участников арбитражного процесса не допускается (ч. 3).

⁷ Комментарий к Гражданскому процессуальному кодексу Российской Федерации (постатейный) / Под ред. Г. А. Жилина. — М.: Проспект, 2010. С. 198.

тайствовать перед органом или лицом, назначившим судебную экспертизу, об **отмене разрешения** указанному участнику процесса присутствовать при производстве судебной экспертизы. Данная формулировка не учитывает, однако, того факта, что ГПК РФ в отношении лиц, участвующих в деле, не предусматривает для реализации ими права на присутствие при производстве экспертизы получения разрешения органа (лица), назначившего экспертизу. Не учитывает эта норма также и того обстоятельства, что если экспертиза проводится по назначению следователя, “мешающего” экспертам, то ходатайствовать об отмене разрешения присутствовать этому следователю при проведении экспертизы придется перед ним самим, что представляется абсурдным. В ситуации, если орган или лицо, назначившие судебную экспертизу, нарушают права эксперта, эксперт на основании абзаца четвертого ст. 17 Закона об экспертной деятельности вправе обжаловать действия данного органа или лица.

Часть 2 ст. 197 УПК РФ обязывает экспертов **отражать факт присутствия** следователя при производстве судебной экспертизы в своем заключении. Хотя нормы УПК и ГПК РФ, а также Закона об экспертной деятельности не предписывают экспертам производить аналогичные записи в случае присутствия при проведении экспертизы иных участников процесса, такой факт, с нашей точки зрения, должен получить отражение в экспертном заключении. Применительно к стадии судебного разбирательства по уголовным делам Пленум Верховного Суда РФ в упомянутом выше постановлении подтвердил, что факт присутствия участника судебного разбирательства при производстве судебной экспертизы вне зала судебного заседания следует отразить в заключении эксперта.

Закон не предусматривает **процедуру организации присутствия** представителя подэкспертного при производстве экспертизы. Как следует из практики некоторых экспертных учреждений, представитель (защитник) подэкспертного по гражданскому (уго-

ловному) делу при наличии соответствующего разрешения следователя или суда, ставит в известность заместителя руководителя экспертного учреждения по экспертной работе о своем намерении присутствовать при производстве СПЭ. Тот, в свою очередь, после получения от представителя подтверждения о наличии у него надлежащим образом оформленных полномочий и разрешения органа (лица), назначившего СПЭ, а также подтверждения от подэкспертного (в письменном виде) о его согласии (просьбе) на присутствие своего представителя при производстве СПЭ уведомляет представителя о дате, времени и месте проведения экспертизы.

Представитель вправе следить за исполнением предусмотренных законом гарантий и условий производства СПЭ, задавать вопросы и давать объяснения, оказывать юридическую помощь своему доверителю при выполнении всего комплекса экспертных исследований. Если осуществить такое присутствие в рамках стационарной СПЭ представителю подэкспертного окажется затруднительно в силу значительной продолжительности экспертных исследований, он вправе ограничиться присутствием при проведении отдельных исследований и (или) присутствием на заседании экспертной комиссии. Неявка представителя, надлежащим образом извещенного о дате, времени и месте проведения экспертного исследования (заседания экспертной комиссии), не приостанавливает производство СПЭ.

Трудности при реализации права представителя присутствовать при проведении СПЭ во многом связаны с категорическим нежеланием администрации экспертных учреждений “впускать в свою среду” “посторонних” “некомпетентных” лиц, которые априори “будут мешать” ходу исследования и обсуждения, “превратно истолковывать замечания экспертов”. Руководство учреждения обычно прибегает к различным уловкам, использует нелегитимные средства с целью под любым предлогом⁸ не допустить присутствия “наблюдателей”, в особенности адвоката подэкспертного. Сохранению закрытости процесса произ-

⁸ Так, гр. Т. была назначена амбулаторная СПЭ по делу о признании заключенной им сделки недействительной. Узнав о дне проведения экспертизы, гр. Т. попросил своего адвоката присутствовать при ее проведении. Он считал, что без углубленного обследования в стационарных условиях экспертное исследование не будет всесторонним и полным, а также сомневался в объективности экспертных выводов в связи с высоким социальным статусом ответчика по данному делу. Беспокойство у гр. Т. вызывал также тот факт, что суд при назначении экспертизы отклонил предложенные им вопросы, подлежащие разрешению при проведении экспертизы, а также отказал ему в удовлетворении ходатайства о проведении экспертизы в указанном им экспертном учреждении, не сформулировав мотивы отказа. Гр. Т. надеялся, что присутствие его адвоката позволит задать экспертам интересующие его вопросы, а также просить экспертов отразить ответы на них в своем заключении. В назначенное время адвокат явился в экспертное учреждение, предъявил ордер на ведение дела своего доверителя и разрешение суда на присутствие при проведении СПЭ. Однако члены экспертной комиссии, а затем и руководитель учреждения не позволили ему присутствовать при проведении экспертизы, сославшись на то, что в их экспертном учреждении такое присутствие запрещено. Адвокат обжаловал действия руководителя экспертного учреждения как незаконные.

водства СПЭ в немалой степени способствует пробельность законодательства. Так, среди обязанностей руководителя государственного судебно-экспертного учреждения, перечисленных в ст. 14 Закона об экспертной деятельности, отсутствуют те, которые должны обеспечивать реализацию права представителя подэкспертного (как, впрочем, и других лиц, участвующих в деле) присутствовать при проведении экспертизы. Не регламентирован данный вопрос и в Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 № 370.

Конечно, присутствие при производстве СПЭ участников процесса, в частности представителя (защитника) подэкспертного, — явление хотя и “конфликтное”, но не частое. Важно учитывать позитивные стороны такого присутствия не только для подэкспертного, но и для экспертного учреждения (органи-

зации). Как правило, оно заставляет членов экспертной комиссии подходить к исследованию с большей ответственностью, высказывать более взвешенные суждения, быть готовыми аргументировать свою позицию. Лояльное отношение экспертного учреждения к возможности присутствия на экспертизе представителя подэкспертного позволяет повысить уровень экспертных заключений, выявлять неполноту собранных материалов, ошибки, допущенные органом (лицом) при назначении экспертизы, давать заключение по вопросам, хотя и не указанным в постановлении о назначении СПЭ, но имеющим отношение к предмету экспертного исследования, наконец, обращать внимание на соблюдение прав подэкспертного и, в конечном итоге, при правильной организации работы снизить уровень рисков экспертных учреждений, избежать возможных претензий, прокурорских проверок и судебных разбирательств, ответчиками по которым становятся экспертные учреждения.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ И ОПЕКА (Вопросы и ответы)

М., 2013. — 224 с.

Заказать книгу можно по электронной почте:

info@npar.ru

Некоторые особенности клинических проявлений алкогольной зависимости, сочетающейся с рекуррентным депрессивным расстройством (клинический случай)

Т. И. Немкова, А. Г. Гофман*

Больной Игорь Александрович Б., 22.09.1957 года рождения (55 лет) поступил в Московский научно-исследовательский институт психиатрии 3 декабря 2012 года.

При поступлении высказывал **жалобы** на подавленное, апатичное настроение, внутреннее напряжение, тревогу в вечерние часы, снижение аппетита, нарушение сна, тягу к алкоголю, сны алкогольной тематики, вкус алкоголя во рту по утрам.

Анамнез (со слов больного, из предоставленной медицинской документации). Дед по отцовской линии эпизодически выпивал: “любил пропустить рюмочку после работы и в выходные дни”. Отец страдал алкогольной зависимостью, но “мог дать слово жене и долго не пить”. По характеру был добрый и веселый, работал строителем, умер в 39-летнем возрасте (попал под поезд в опьянении). Мать закончила 4 класса школы, была скромной и трудолюбивой, спиртные напитки не употребляла. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в городе Пушкино Московской области, средним из 3-х детей. Беременность, роды у матери протекали без особенностей. Развивался соответственно возрасту. В детском саду адаптировался быстро. С ранних лет помогал матери по хозяйству, пилил дрова, привозил газовые баллоны. По характеру был общительным, подвижным, старался избегать лидерства, долго помнил обиды, “мог вычеркнуть человека из жизни”. В школу пошел в 7-летнем возрасте, уже умел читать: “научился у старших друзей”. Учился легко, нравились гуманитарные и точные предметы. Много читал, брал книги в школьной библиотеке, если книга оказывалась интересной (“выбирал порастрепанней”), то осваивал ее за один день. Увлекался боксом, тяжелой атлетикой (“качался” в школьном спорт/зале), играл в футбол (команда с его участием заняла 2 место в первенстве Московской области). Закончил 10 классов общеобразовательной школы. Около года работал на

стройке. С 1975 г. по 1977 г. служил в армии, в воздушных войсках. Отказался от предложенной должности заместителя командира взвода, т.к. “не любил конфликты, которые были неизбежны”. Демобилизовался на общих основаниях. Поняв, что семья находится в критической финансовой ситуации, решил не поступать в ВУЗ, вернулся на стройку. Сейчас работает частным строителем. В 24 года женился. Через 3 года по инициативе жены (“поступила необдуманно, импульсивно”) развелся. Несколько лет жили врозь, а затем вновь сошлись, но официально отношения не оформили. Дочери 30 лет, сыну 20 лет.

Из перенесенных заболеваний: в школьном возрасте получил удар булыжником по голове, потерял сознание на несколько минут, за мед. помощью не обращался; в 1982 г. стационарно лечился по поводу тиреоидита, принимал поддерживающую терапию, контролировал уровень гормонов, последние годы ремиссия. С 38 лет страдает избыточным весом, артериальной гипертензией, максимальные цифры АД-200/110 мм.рт.ст. (принимает антигипертензивные препараты-арифон, моноприл, амлодипин).

Плохо переносит духоту, возникает дискомфорт, ощущение удушья. Последние несколько лет за день до смены погодных условий испытывает слабость, давящие головные боли. С 34 лет стали возникать сезонные колебания настроения — чаще весной, реже осенью, депрессии смешанной структуры (сначала с преобладанием дисфории и тревоги, затем — тоски, апатии и тревоги), длительностью около месяца.

Впервые попробовал спиртное на свадьбе у тети, выпил 200 гр. самогона, “сразу же вырубился”, а через несколько часов сна возникла рвота, родные отпаивали квасом и молоком. В 17 лет, когда приступил к работе и появились первые личные деньги, начал выпивать по вечерам или в выходные “за компанию”, переносимость спиртного улучшилась, суточные дозы достигли 500 – 700 мл вина. В армии получил доступ к спирту, который предлагали офицеры за помощь (оформлял планы воздушных полетов в опер/отделе), пил через день по 250 мл спирта. Алко-

* Московский НИИ психиатрии Росздрава.

голь заметно улучшал настроение, расслаблял, “помогал втягиваться в коллектив”. После возвращения из армии (21 год) появились похмельные симптомы: тошнота, рвота, слабость, сердцебиение, потливость, дрожь в руках, душевный дискомфорт, нарушение сна. В этот период выпивал 1 раз в неделю, по выходным “бутылку на двоих”, изредка опохмелялся. К 28 годам возросли суточные дозировки до 1 литра водки, начал опохмеляться, возникли 3-х дневные запои. Часто пил во время рабочего дня. Светлые промежутки составляли 2 недели. В 1991 году (34 года) впервые обратился за стационарной помощью в Московский НИИ Психиатрии. После двухнедельного курса, имплантации препарата “эспераль” воздерживался от спиртного год. В 35 лет впервые возник отчетливый депрессивный эпизод, сопровождавшийся снижением настроения, злостью и раздражительностью при общении с близкими, чувством “душевной мути”, тревогой, усиливавшейся к вечеру, нарушением сна. Такое состояние длилось около месяца. Затем появилось непреодолимое влечение к алкоголю, видел сны алкогольной тематики, утром ощутил вкус алкоголя во рту, на следующий день “сорвался”. Вновь лечился в МНИИП. Принимал антидепрессанты (азафен), нормотимики (финлепсин), “кодировался”. На фоне лечения симптомы депрессии достаточно быстро редуцировались. От поддерживающей терапии отказался, считал, что “все само пройдет”. Чаще весной, реже осенью стали возникать депрессивные эпизоды прежней структуры, но прибегал к спиртному лишь на фоне актуализации влечения. К 36 годам запои удлиннились (до недели), прогуливал работу. Ежегодно госпитализировался в МНИИП, проводил различные завершающие процедуры, воздерживался от спиртного от полугода до года. В 2000 г. (43 года) отметил утяжеление депрессии, преобладала апатия, тоска, двигательная заторможенность, испытывал душевную боль, тревогу в вечерние, ночные часы, “45 дней лежал, отвернувшись к стенке”, возникали антивитальные мысли. После интенсивной терапии, включавшей внутривенно вводившиеся трициклические антидепрессанты (анафранил), нейролептики в малых дозах (этаперазин), принял решение “вообще не пить”. Однако с трудом удавалось придерживаться лечебной схемы, то “зарабатывался и не хватало времени приехать на консультацию”, то пропускал прием антидепрессантов “по забывчивости”. В результате лишь в последние годы прибегает к помощи врачей до начала “срыва”, когда появляется труднопреодолимое влечение к спиртному. Последний раз лечился в МНИИП с 28.02.2012 г. по 18.05.2012 г. После выписки принимал анафранил, мirtазонал, азалептин на ночь, нобен в течение месяца. Затем самостоятельно отменил терапию, почувствовав себя здоровым. В сентябре отметил тенденцию к снижению настроения, в течение дня испытывал подавленность и апатию, ближе к ночи тревогу, ухуд-

шился аппетит. При этом продолжал работать. В конце ноября появилось желание выпить, видел сны алкогольной тематики: “пил с друзьями, ходил в магазин за бутылкой”, ощущал по утрам вкус алкоголя во рту, значительно нарушился сон. С целью предотвращения “срыва”, улучшения настроения вновь был госпитализирован в МНИИП.

Соматический статус: Повышенного питания. Рост — 180 см, вес — 120 кг. Кожные покровы смуглые, чистые. На правой кисти татуаж (буква “И”). Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс обычного наполнения, АД-140/90 мм.рт.ст., ЧСС 88 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень пропальпировать не удается из-за большого слоя подкожно-жировой клетчатки. Симптом “поколачивания” отрицательный с двух сторон. Стул, диурез в норме.

Неврологический статус: Зрачки равны. Реакция на свет живая. Нистагма нет. Тремора нет. Пальцевую пробу выполняет уверенно. В позе Ромберга пошатывание. Сухожильные и периостальные рефлекссы равномерные, умеренные. Чувствительность не нарушена.

В период нахождения в клинике **проведены следующие исследования:**

Рентгенография грудной клетки (03.12.2012 г.): патологических изменений не выявлено.

ЭКГ (04.12.2012 г.): синусовый ритм. Отклонение электрической оси влево. Транзиторная зона R-S в грудных отведениях смещена влево, синдром S1, S2, S3. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

ЭЭГ (06.12.2012 г.): Легкие общемозговые изменения БЭА дисрегуляторно-органического характера с признаками заинтересованности стволово-диэнцефальных структур, явлениями негрубой, но стойкой диффузной ирритации на корково-подкорковом уровне.

МРТ головного мозга (14.12.2012 г.): Данных за очаговые изменения в веществе головного мозга не получено. Умеренно выраженная сообщающаяся гидроцефалия, преимущественно внутренняя гидроцефалия. Кисты верхнечелюстных пазух.

УЗИ желудочно-кишечного тракта (18.12.2012 г.): Жировая дистрофия печени.

Данные лабораторных методов исследования:

Общий анализ крови (04.12.2012 г.): гемоглобин — 159,8 г/л, эритроциты — $4,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $7 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 9 мм/ч.

Общий анализ мочи (04.12.2012 г.): без патологии.

Биохимический анализ крови (04.12.2012 г.): глюкоза, БЛР, АЛТ, АСТ, ГГТ, амилаза — в пределах норм.

Анализы на RW, ВИЧ, маркеры гепатитов (04.12.2012 г.) — отрицательные.

Заключение терапевта (07.12.2012 г.): Экзогенно-конституциональное ожирение II степени. Артериальная гипертензия II степени.

Заключение невролога (18.12.2012 г.): Смешанная энцефалопатия (токсического (алкогольного) и сосудистого генеза).

Заключение офтальмолога (23.12.2012 г.): Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

Заключение психолога (28.12.2012 г.): Имеются признаки органической недостаточности, отмечаются обстоятельность и склонность к детализации, замедление темпа психических процессов. Присутствуют суждения с элементами конкретности. Мнестическая деятельность сохранена как в звене непосредственного, так и опосредованного запоминания. По шкале Гамильтона 5 баллов, что соответствует норме (состоянию ремиссии). При использовании методики Дембо-Рубинштейн установлено снижение уровня самооценки по шкалам “удовлетворенность собой” и “оптимизм”.

Психический статус при поступлении: входит медленной походкой, опустив голову. Сидит в однообразной, зажатой позе, которую не меняет в течение всей беседы. Выражение лица угрюмо-тоскливое. Голос тихий. На вопросы отвечает после пауз, в соответствии с содержанием вопросов, с излишней детализацией. Высказывает беспокойство подавленностью, тоскливостью, апатией, отсутствием сил и желаний утром и днем, нарастающим внутренним напряжением, усилением тревоги по вечерам, возникновением ощущения “душевной мути”, двигательного беспокойства, невозможностью расслабиться даже в ночное время. Аппетит снижен, пищу принимает один раз в день “через силу”. Ночной сон нарушен, спит всего несколько часов, с трудом засыпает, часто пробуждается в 4 – 5 утра. Испытывает сильное влечение к алкоголю. Каждую ночь видит сны алкогольной тематики, во время которых выпивает с друзьями, идет в магазин “за добавкой”. Утром появляется вкус алкоголя во рту. С трудом справляется с тягой, “подавляет ее усилием воли”. Очень рассчитывает на помощь врачей, так как самочувствие с каждым днем ухудшается, не может осуществлять трудовую деятельность. “Голосов”, бреда, суицидальных мыслей не обнаруживает. Память в пределах нормы (из 10 слов отсроченно воспроизвел 9). При оценке счетных способностей все пять действий “100 – 17” выполнил достаточно быстро и верно.

В результате проводившейся терапии на второй неделе отмечена положительная динамика в виде редукции основной депрессивной симптоматики. Исчезли тоскливые, апатические, соматические проявления (“душевная мусть”), ушла тревога и двигательное беспокойство по вечерам, улучшилось засыпание, увеличилась продолжительность сна (до 6 часов). Днем стал гораздо активнее, общался с больными, персоналом, играл в бильярд, читал детективы, разгадывал кроссворды. С врачом общался доброжелательно, приходил на беседы по своей инициативе, откровенно рассказывал о своем состоянии. Несмот-

ря на назначение различных средств, проведение рациональной психотерапии, влечение к алкоголю сохранялось около двух недель. Продолжались сны алкогольной тематики, сохранялся привкус спиртного во рту при пробуждении. Днем признаков актуализации влечения не было. На третьей неделе госпитализации периодически отмечались трудности при засыпании, укорочение ночного сна. Влечение к алкоголю полностью исчезло. Планировал лечебный отпуск с последующей выпиской.

Проводилась следующая терапия: Мелипрамин 50 мг утром, amitриптилин 50 мг днем, 75 мг вечером, 75 мг на ночь, миртазалон 30 мг на ночь, азалептин 37,5 мг на ночь, лидевин 250 мг утром, днем, поливитамины (ревит) по 2 др. — 3 раза в день, арифон 2,5 мг утром, моноприл 20 мг утром, амлодипин 10 мг на ночь; рациональная психотерапия в индивидуальном режиме.

Заключение: таким образом, диагностических трудностей данный случай не представляет. Наследственность больного отягощена пристрастием к алкоголю по линии деда и отца. Из личностных особенностей можно выделить уклоняющиеся, избегающие, чувствительные черты — в детстве избегал лидерских позиций, отказался от руководящей должности во время службы в армии, долго помнил обиду, даже “вычеркивал человека из жизни”. Уже в 17 – 18 лет отмечалась достаточно высокая толерантность к алкоголю, во время службы в армии пил через день чистый спирт. В 21 год появились симптомы похмелья, через некоторое время начал опохмеляться, а в 28 лет сформировалось запойное пьянство (запой по 3 дня, а затем и по неделе, суточные дозировки водки достигли 1 литра). Алкогольная зависимость отличалась ремиссионным течением. Возобновлял употребление спиртных напитков на фоне непреодолимого влечения к алкоголю, видел сцены распятия спиртных напитков во сне, утром испытывал во рту вкус алкоголя. В 35 лет возник первый депрессивный эпизод с преобладанием дисфории, тревоги, соматических проявлений, инсомнических расстройств. Постоянная профилактическая терапия не проводилась, присоединилась соматическая патология (артериальная гипертензия, ожирение). Депрессия характеризовалась постоянными сезонными (весеннее-осенними) обострениями. Через 8 лет (43 года) депрессивные фазы утяжелились, удлинились, изменились структурно, появились полиморфные проявления. Вместо дисфорического компонента возник тосливо-апатический, тревожные проявления сдвинулись на вечернее время, периодически появлялись антивитаальные мысли. Продолжительность эпизодов достигала 45 дней. Несмотря на тяжесть депрессивных проявлений, больной воздерживался от спиртного.

В литературе постоянно указывалось не только на частоту сочетания эндогенных аффективных расстройств с зависимостью от алкоголя, но и на харак-

тер взаимоотношений двух заболеваний (И. А. Ойфе, Е. Н. Крылов). Подчеркивалось, что депрессивные состояния провоцируют злоупотребление алкоголем, а злоупотребление алкоголем провоцирует возникновение эндоформных депрессий. В приведенном наблюдении очевидна иная закономерность. Два заболевания мало влияют друг на друга. Влечение к алкоголю появляется вне связи с возникновением депрессивных фаз. Обращает на себя внимание чрезвычайная интенсивность влечения к алкогольному опьянению, что проявляется в ощущении вкуса алкоголя в утренние часы, после пробуждения. Как правило, этому предшествуют сновидения с алкогольной тематикой. Особенностью алкоголизма является его раннее и быстрое формирование, высокая толерантность к алкоголю, что нередко отмечается при семейной отягощенности алкоголизмом и рассматривается как наследственная предрасположенность к болезням зависимости (А. О. Кибитов).

Диагноз: Алкогольная зависимость, средней степени, воздержание на фоне лечения. Рекуррентное де-

прессивное расстройство, текущий эпизод средней степени. Смешанная энцефалопатия (токсического, сосудистого генеза). Артериальная гипертензия II ст. Ожирение (экзогенно-конституциональное) II ст.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Кибитов А. О.* ДНК-диагностика генетического риска развития наркологических заболеваний в рамках медико-генетического консультирования: пилотный проект // Вопросы наркологии. 2012. № 5. С. 118 – 132.
2. *Крылов Е. Н.* Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: Дисс. докт. мед. наук. М. 2004. С. 322.
3. *Меликсетян А. С.* Роль аффективных нарушений и других факторов в развитии рецидивов хронического алкоголизма // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 2011. С. 24.
4. *Мосолов С. Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов // медицинское информационное агентство. СПб. 1995. С. 568.
5. *Ойфе И. А.* Злоупотребление алкоголем и эндогенные депрессии // Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 1990. С. 21.
6. *Сайков Д. В., Сосин И. К.* Алкогольная депрессия. Харьков. 2004. С. 335.

**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

Научное творчество и старческий маразм: к вопросу о ливановских реформах в Российской академии наук

Е. В. Ворожцов¹

Введение

К настоящему времени научная обстановка в Российской академии наук (РАН) может считаться практически безнадежной. Эта проблема является очень сложной и многогранной. В данной статье будет рассмотрен только один аспект этой проблемы — вопрос старения научных кадров и связанная с этим деградация научного потенциала России.

Влияние старения организма на эффективность научного творчества

По данным академика РАН и РАЕН В. Н. Страхова [1], средний возраст академиков РАН около 77 лет, а средний возраст членов-корреспондентов около 72 лет. В работе Н. Я. Сацкова “Практический менеджмент. Методы и приемы деятельности руководителя” [2] перечисляется ряд общих закономерностей процесса старения: “с возрастом прежде всего снижается темп интеллектуальной деятельности, а замедление умственных процессов может стимулировать дефекты; больше отмечается интенсивное снижение мыслительной, психомоторной, рецептивной деятельности, нежели способность к выполнению интеллектуальных заданий вообще; снижается живость, образность, эффективная отзывчивость, способность к состраданию и т.п. Ряд исследователей отмечают нарастание черт ригидности, консерватизма и упрямого невосприятия нового, нарастающего с возрастом ослабления внимания и способности сосредоточиться, снижения образного мышления, сужение широты интересов и возможностей усвоения нового. Причем показатели запоминания, способность к быстрому переключению, объем восприятия, точность психомоторных реакций, время реакций и т.п. начинают снижаться уже с тридцатилетнего возраста”. К этому можно еще добавить, что значительное число старых кадров в Российской академии наук (включая директоров) страдает болезнью Альцгеймера².

Авторы работы [3] считали, что успех в научной работе во многом зависит от эмоциональной настроенности научного сотрудника, а способность долгое время находиться в повышенном эмоциональном состоянии свойственна в большей степени молодым, чем людям среднего и пожилого возраста. Увлеченность в работе коллектива будет сохраняться лишь в том случае, если он не будет стареть. Приток свежих сил должен происходить со скоростью, обеспечивающей сохранение постоянства среднего возраста коллектива.

Из вышеизложенного следует, что наиболее оптимальным возрастом для научного творчества является возраст от 20 до 40 лет. Можно без труда найти множество примеров, показывающих, что многие важные открытия и изобретения были сделаны их авторами именно в возрасте до 40 лет. Ввиду ограничений на объем статьи приведем лишь два известных примера.

Пример 1: Альберт Эйнштейн опубликовал свою основную статью по теории относительности в 1915 году в возрасте 36 лет.

Пример 2: Альфред Нобель получил патент на открытый им динамит в 1868 году в возрасте 35 лет.

О преувеличенной ценности житейского опыта

Есть известное высказывание Бернарда Шоу: “Самое правильное — сочетать житейский опыт старости с энергией молодости”. Теперь постараемся разобраться в том, что такое “житейский опыт” и какова его ценность при решении задач управления научными исследованиями в институте РАН. Прежде всего, необходимо отметить, что житейский опыт индивидуума — это всегда его личный опыт, откуда с непреклонностью следует его ограниченность. Ограниченность житейского опыта личности обусловлена многими факторами: способностью запоминать разнообразную информацию об окружающем мире, личным желанием узнавать что-то новое, степенью общительно-

¹ Институт теоретической и прикладной механики им. С. А. Христиановича СО РАН, Новосибирск.

² Для автора это явно совокупный синоним всех деменций, квалифицируемых им самостоятельно (Прим. ред.).

сти (коммуникабельности), скоростью стирания информации из памяти по мере старения и т.д.

Теперь рассмотрим некоего семидесятипятилетнего директора академического института. Он, конечно, обладает некоторым так называемым “житейским” опытом. Но нас в рассматриваемом случае интересует только та часть житейского опыта директора, которая может им использоваться непосредственно для руководства научными исследованиями, проводимыми в институте. Главная миссия директора — направлять эти исследования в нескольких актуальных направлениях. При выработке своих суждений о том, какие направления следует считать актуальными, директор, несомненно, опирается на личный опыт, личные знания. Здесь необходимо учесть, что личные знания любого человека всегда ограниченные, их объем диктуется ограниченностью объема памяти человека. Применительно к направлениям научной деятельности директор, конечно, лучше знает те научные направления, в которых он сам работал в молодости, когда готовил материалы для своей кандидатской, а затем и докторской диссертации. Если 75-летний директор защитил свою докторскую диссертацию в возрасте 45 лет, то, следовательно, существует 30-летний временной разрыв между датой защиты диссертации и сегодняшним днем директорской деятельности директора. Боясь прослыть некомпетентным в глазах научных сотрудников института, директор стремится формулировать для всего института только те направления, которые близки лично ему, в которых он разбирается.

А теперь представим себе ситуацию: к 75-летнему директору приходит молодой кандидат наук и показывает ему некие свои совершенно новые разработки. Если директор не в состоянии в них разобраться, то он, естественно, относится к ним с настороженностью и недоверием; кроме того, директор боится, что его уличат в некомпетентности, он дорожит своей репутацией “эрудированного ученого”. В результате многие перспективные научные разработки оказываются зарубленными на корню. Приведем лишь два примера.

Петр Яковлевич Уфимцев в 1962 году издал свою книгу [4]. Она была посвящена, в основном, приближенному учету дифракции на острых ребрах металлических тел с помощью методов физической оптики, которая до того и вовсе не учитывалась. В результате применения результатов П. Я. Уфимцева можно было бы достичь практической невидимости военного самолета для радаров противника. Но когда П. Я. Уфимцев со своими результатами пошел к шефу (это было еще до написания им монографии [4]), то шеф приказал перестать заниматься ерундой и интенсивнее разрабатывать РЛС (радиолокационные станции). После этого П. Я. Уфимцев обиделся и написал монографию [4] (см. подробнее об этом эпизоде в [5]). Вскоре после опубликования книги [4] она была переведена на английский язык в американской авиафирме Лок-

хид Мартин [5]. Первый серийный боевой самолет, созданный по технологии “стелс” — истребитель-бомбардировщик Lockheed F-117A, был создан в США в 1977 году, в 1992 году поступил на вооружение [6]. Конструктор этих самолетов-невидимок Бен Рич [6] всегда признавал, что идею конструкции своего самолета он почерпнул именно из работы П. Я. Уфимцева.

Теперь приведем еще один пример, когда некомпетентность “старших товарищей” и их упрямое неприятие нового привели к абсолютно неверной оценке новых теоретических результатов, полученных ныне знаменитым российским математиком Г. Я. Перельманом. В течение 1996–2005 годов он работал в Петербургском отделении математического института им. В. А. Стеклова (ПОМИ РАН). Его дважды увольняли оттуда “за неперспективность” [7]. В конце 2005 года он не прошел аттестацию из-за отсутствия нужного количества журнальных статей. Г. Я. Перельман был вынужден написать заявление об увольнении по собственному желанию, и с января 2006 г. он остался без работы. Но после того как стало известно о мировом открытии, сделанном Перельманом, сотрудники института тщательно засекретили эту информацию [8]. Дело в том, что в 2002–2003 гг. он опубликовал свои новаторские работы [9, 10], посвященные решению одного из частных случаев гипотезы геометризации Терстона [11], из которых следует справедливость знаменитой гипотезы Пуанкаре, сформулированной французским математиком, физиком и философом Анри Пуанкаре в 1904 году. В 2006 году Перельмана наградили Филдсовской премией и 15 тыс. канадских долларов. Но математик от подобных почестей отказался. В марте 2010 года Математический институт Клэя присудил Перельману премию в размере миллиона долларов за доказательство гипотезы Пуанкаре, однако петербуржец отказался и от этой премии. 12 сентября 2011 года на заседании ученого совета ПОМИ РАН Григорий Перельман был выдвинут в академики РАН. Но он проигнорировал свое выдвижение. 4 октября 2011 г. кончился срок для выдвижения в академики, но поскольку Г. Я. Перельман не дал на это своего личного согласия, он не стал академиком.

Когда 45-летний доктор наук в результате служебной карьеры (доктор наук → завлаб → зам. директор → директор) лет через двадцать становится директором, ему становится некогда заниматься научными исследованиями, так как он погружается в пучину чисто бюрократической и организационной деятельности: ему надо “выбивать” финансирование для института, ездить на какие-то совещания, входить в какие-то комиссии, редколлегии журналов, заслушивать на семинарах доклады по кандидатским и докторским диссертациям и т.п. Поэтому, формулируя научные направления для института, 75-летний директор, опираясь на свой личный опыт, старается

формулировать, прежде всего, те направления, которые были актуальными 25 – 30 лет тому назад, когда директору было 45 лет. Вполне понятно, что при нынешних темпах развития науки в мире здесь получается запаздывание длиной в 25 – 30 лет в вопросе выбора тех научных направлений, которые стали актуальными, вышли на передний план именно сегодня.

У престарелых руководителей научных учреждений, особенно не достигших научных успехов, зачастую борются две психологические парадигмы: мания величия и комплекс неполноценности. В соответствии с отсутствием научных результатов такой руководитель внутри себя изъеден комплексом неполноценности, а руководящее служебное положение подталкивает его к мании величия.

Но, с другой стороны, даже если 75-летний директор каким-то образом еще сохранил свою способность воспринимать новое, он не сможет быстро переориентировать часть сотрудников института на совершенно новое направление из-за наличия проблемы старения научных кадров. Во многих институтах РАН сегодня преобладают научные сотрудники предпенсионного и пенсионного возраста, которые уже давно защитили свои кандидатские и докторские диссертации. Но самое главное здесь состоит в том, что и они опираются, в основном, на тот свой житейский опыт, который они приобрели в возрасте 25 – 40 лет, активно работая над материалами для своих диссертаций.

Из вышеизложенного следует однозначный вывод о том, что “житейский опыт” 75-летнего директора не столь уж полезен с точки зрения его применимости для такого руководства институтом РАН, когда институт всегда оказывается на самом переднем крае мировых научных исследований в нескольких предметных областях.

Тогда, логически, мы подходим к другой альтернативе, когда директором института становится 40-летний доктор наук, который защитил свою докторскую диссертацию лишь год тому назад. Об этом легко написать на бумаге. Но кто же в реальности позволит 40-летнему перспективному доктору наук занять директорское кресло? Ведь тотчас же найдутся несколько 65 – 70-летних членкоров и академиков РАН, которые объявят о своих притязаниях на директорское кресло.

Отсюда следует вывод: необходимо менять сами принципы подбора кадров на посты директоров институтов, и менять их надо путем принятия неких волевых решений “на самом верху”.

С учетом вышеизложенного представляется уместным привести следующие афоризмы мудрецов прошлого:

Конфуций: “Умный человек к старости становится мудрецом, а дурак — просто старым дураком”.

Сократ: “Всё зло от стариков”.

Ф. Ларошфуко: “Старые безумцы еще безумнее молодых”.

Есть также пословица: “Старый конь борозды не испортит, но вспашет мелко”.

О категориях научных сотрудников

В науке есть люди, для которых занятия наукой — внутренняя потребность. Они не карьеристы, не гонятся за громкими учеными званиями, должностями и окладами. Они испытывают наибольшее моральное удовлетворение, когда им удастся решить трудную научную задачу. Примером такого подвижнического и бескорыстного служения науке можно считать знаменитого российского математика Григория Перельмана.

Вторая категория научных работников — карьеристы. Они зачастую не могут, в силу недостаточности знаний и интеллекта, решать новые трудные научные задачи. Но зато они очень хорошо знают, как и когда высказать тонкую лесть и своему непосредственному начальнику — завлабу, и директору института. Благодаря этому такие работники вполне успешно поднимаются до должности заведующего лабораторией. Получив эту должность, они стараются максимально использовать свой административный ресурс: во-первых, они зорко следят за наиболее талантливыми сотрудниками своей лаборатории, чтобы такие сотрудники не защитили свои докторские диссертации раньше своего завлаба. Во-вторых, известно много примеров, когда такие завлабы-карьеристы заставляют своих сотрудников вписывать фамилию завлаба в число соавторов своих статей. Это позволяет такому завлабу создать в глазах директора института имидж “плодотворно работающего ученого”. После этого дело успешной защиты докторской диссертации для такого завлаба становится чисто техническим: остается лишь скомпилировать толстый труд под названием “докторская диссертация” из работ сотрудников своей лаборатории.

Третья категория научных работников — это имитаторы. Они приходят на работу только для того, чтобы попить чай или кофе, прочесть газету, очистить и скушать банан или апельсин. При этом они не забывают вовремя подольститься к своему непосредственному начальнику, но при этом у этой категории сотрудников нет амбициозных карьерных планов. В терминах возраста это, в основном, работники, возраст которых от 60 до 104 лет.

Еще одна разновидность работников третьей категории — это те работники, которые хорошо освоили какой-то один узкий раздел науки и знают, как на этом можно зарабатывать деньги. И они их зарабатывают, при этом отстегивают какой-то процент дирекции института. В результате дирекция ими довольна и не заставляет их заниматься научными исследованиями в каких-то новых научных направлениях.

Эта категория работников является особенно опасной и вредной с точки зрения подготовки молодых научных кадров. Ведь в рассматриваемую кате-

горию входит большое количество кандидатов и докторов наук. Они запросто берут себе в ученики молодых выпускников вузов и обещают им, что сделают из них кандидатов наук. Но чему могут научить старые научные сотрудники молодых соискателей ученой степени, если сами эти работники владеют лишь методиками двадцати-тридцатилетней давности? Но, в итоге, молодой соискатель успешно подготавливает и защищает свою кандидатскую диссертацию. Это выгодно и для научного руководителя соискателя: руководитель может с радостью и гордостью отчитаться в этом перед директором института. Тем не менее, при вышеописанном подходе к подготовке квалифицированных научных кадров происходит деградация научного потенциала страны.

Диссертаций в стране защищается каждый год очень много, но что-то не видно модернизации ни в промышленности, ни в сельском хозяйстве, ни в высоких технологиях.

Что делать?

Проблема геронтокрации в РАН — это застарелая болезнь. По нашему мнению, для того, чтобы обеспечить победу над геронтократией в РАН, нужно реализовать целый комплекс мер.

1. Ввести возрастное ограничение на занятие руководящей должности в институте (директор, заместитель директора, заведующий лабораторией): возраст претендента на руководящую должность на момент выборов не должен превышать шестьдесят лет для того, чтобы к окончанию пятилетнего срока пребывания претендента на руководящей должности его возраст не превышал 65 лет. Полностью исключить возможность продления контракта по решению учредителя до 70 лет, как это предлагалось в Модельном уставе [13].

2. Одно и то же лицо может находиться на руководящей должности только в течение одного пятилетнего срока.

3. В настоящее время члены РАН получают пожизненные государственные стипендии за членство в РАН: члены-корреспонденты получают по 25 тыс. р. в месяц, а академики — по 50 тыс. р. в месяц. Теперь процитируем Г. П. Черепанова [14]: “Узаконенная коррупция — плата за членство в Российской Академии наук — вызывает изумление во всем мире. Она является причиной малого коэффициента полезного действия этой самой недееспособной и многочисленной организации ученых в мире... Сталинская Академия наук была на 30 лет моложе по возрасту своих членов: сегодня РАН — настоящее богоугодное заведение для старичков”.

С учетом материалов, изложенных выше, в качестве еще одного мероприятия по повышению эффективности РАН предлагается сохранить ученые звания “действительный член (академик) РАН” и “член-кор-

респондент РАН”, но упразднить пожизненные денежные стипендии (пенсии) за эти звания. Наоборот, академики и члены-корреспонденты РАН обязаны будут платить небольшие ежемесячные взносы (например, по тысяче рублей) в Фонд членов РАН. Этот Фонд мог бы оплачивать аренду помещения — клуба для членов РАН, в котором можно будет выпить чашку кофе и пообщаться с друзьями.

4. В настоящее время существует должность “советник РАН”. На нее переводятся старые члены РАН, которые либо не могут больше занимать руководящие должности по состоянию здоровья, либо не хотят далее занимать эти должности. За ними сохраняются те их оклады и другие денежные выплаты, которые они имели в период занимания руководящей должности. Но при этом советники РАН не несут никакой административной ответственности в случае, если их “советы” оказываются в корне неверными и провальными и наносят огромный ущерб государству в размере десятков миллионов рублей. Отсутствие этой ответственности связано с тем, что советник РАН не имеет никакой административной должности.

Предлагается сохранить должность “советник РАН”, однако зарплату выплачивать на общих основаниях в соответствии с должностью либо ведущего научного сотрудника (если количество публикаций в рецензируемых журналах за последний период аттестации не менее семи), либо старшего научного сотрудника, либо научного сотрудника, либо младшего научного сотрудника, либо инженера, либо лаборанта.

Заключение

В заключение можно отметить, что автор данной статьи имеет возраст 66 лет. Поэтому об изложенных выше проблемах он может судить объективно, не как человек средних лет, а как человек, досконально знающий ту среду, о которой он пишет.

Вышеприведенный краткий анализ показывает со всей очевидностью, что давно назрела необходимость существенных реформ в РАН, и одной из целей этих реформ должно стать кардинальное решение проблемы геронтокрации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Страхов В. Н.* К ученым России! www.scientific.ru/dforum/sci-life/1176878040.
2. *Сацков Н. Я.* Практический менеджмент. Методы и приемы деятельности руководителя. — Донецк: “Сталкер”, 1998. — 448 с.
3. *Мульченко З. М., Налимов В. В.* Что мы ждем от наукометрии? Материалы к симпозиуму “Исследование операций и анализ развития науки”. Ч. 1: Методы анализа развития науки. М.: Центральный совет по философским вопросам естествознания АН СССР, 1967. С. 38 – 59.
4. *Уфимцев П. Я.* Метод краевых волн в физической теории дифракции. — М.: Советское радио, 1962. — 244 с.
5. Стелс изобрели русские. <http://ilvas.livejournal.com/51179.html>.

6. Уфимцев Петр Яковлевич. Википедия, http://ru.wikipedia.org/wiki/%D3%F4%E8%EC%F6%E5%E2,%CF%B8%F2%F0_%DF%EA%E2%EB%E5%E2%E8%F7
7. korostishevsky.org/?p=2134.
8. Насколько Григорий Перельман похож на “человека дождя”? jn.com.ua/jews/Perelman_3108.html.
9. Perelman G. The entropy formula for the Ricci flow and its geometric applications. 11 Nov 2002. (arXiv: math/0211159[math. DG]). — 39 pp.
10. Perelman G. Ricci flow with surgery on three-manifolds. 10 Mar 2003. (arXiv: math/0303109[math. DG]). — 22 pp.
11. Weisstein E. W. Thurston's Geometrization Conjecture. From MathWorld — A Wolfram Web Resource. (<http://mathworld.wolfram.com/ThurstonsGeometrizationConjecture.html>)
12. Храмчихин А. Когда Китай нападет на Россию? (<http://www.newsland.ru/news/detail/id/698665/>)
13. Модельный устав Государственной академии наук. (<http://www.ihst.ru/projects/sohist/document/ustav/model2007.htm>)
14. Черепанов Г. П. Научные сражения: Москва, 1960-е годы // Вестник СамГУ — Естественнонаучная серия. 2009. № 2(68). — С. 198–221. (vestnik.ssu.samara.ru/articles/18/.pdf)

От редактора: *сосредоточение на возрасте — одномерное рассмотрение — резкое упрощение с общей тенденцией в сторону дискриминации по этому параметру, давно восторжествовали на Западе: ученым, самым талантливым и продуктивным, приходится уходить на пенсию с 65 лет по жестко установленному стандарту. Между тем, нередко — как на финише — их творческая продуктивность повышается, а выход на пенсию, наоборот, явственным образом губит. Вместо индивидуализации с многомерной оценкой каждого налицо формальный бюрократический принцип. Хорошо известно, что такое патриарший возраст, — воплощение мудрости, всесторонней беспристрастной взвешенности советов старейшин у многих народов. Ярким примером служат математик И. М. Гельфанд, физик В. Л. Гинзбург, многие психиатры, недавняя серия по ТВ поразительных воспоминаний 98-летней дочери Г. Шпета. Лучшее всего об этом возрасте говорил Гете, подтверждая сказанное собственным примером: с возрастом часто меняется сфера приложения усилий, но не уровень решения поставленных задач. Что касается болезни Альцгеймера, то пример президента Р. Рейгана, достаточно жестко описанный Г. Киссинджером, показывает, что на ее ранних стадиях возможна успешная деятельность в самых сложных ситуациях.*

Дмитрий Ливанов — нынешний одиозный министр образования, грубо разрушающий гуманитарное образование России, исходит, как Зурабов и Голикова, исключительно из финансовых соображений. По его словам, люди, зарабатывающие 20 – 30 тысяч, сами несостоятельны. Тем же курсом следует министерство культуры, собирающееся слить уникальные институты искусствоведения, истории искусств, природного и культурного наследия, реставрации, культурологи и т.д. в одно учреждение, сократив штаты в 8 раз! Таким был и курс III Рейха. Такие планы — признак культурного одичания.

ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ

на Независимый психиатрический журнал!

**Подписку можно оформить в любом отделении связи
по каталогу Агентства «Роспечать»**

Индекс — 73291

Мрачные годовщины нельзя забывать

В январе 2013 г. исполнилось **70 лет Ванзейской конференции**, на которой был принят план **“окончательного решения еврейского вопроса”**, т.е. уничтожения европейских евреев, реализация которого получила название Холокоста. За это единодушно голосовали не психически нездоровые люди, и не дикари. Выяснять механизмы таких голосований и их исполнения необходимо постоянно. Для нас здесь важно лишний раз подчеркнуть, что самые чудовищные и массовые преступления — дело психически здоровых людей, вопреки расхожему мифу об опасности наших пациентов, что все же не лишает нашу профессию права называться опасной.

5 марта 2013 г., в день смерти Сталина 60 лет назад, в синагоге в парке Победы у бывшей Поклонной горы, помянули **60-летие “дела врачей”**, сообщение ТАСС о котором 13 января 1953 года обернулось массовой психической эпидемией страха и ненависти к корпорации врачей в целом, ненадолго почувствовавшей, что значит быть евреем. Смерть Сталина пришла как чудо избавления от казавшейся многим неизбежной депортации и погромов — причем как раз в день Пурима — такого же чудесного избавления от уничтожения персами. Наш журнал (2012, 1), видимо, до сих пор единственный, откликнувшийся на это событие, вопреки его историческому значению не только для врачей и психиатрии.

Наконец, **100 лет назад завершилось знаменитое дело Бейлиса**, вызвавшее не меньшее осуждение психиатров всего мира, чем использование психиат-

рии в политических целях в Советском Союзе полвека спустя и, ставшее крупной вехой в истории отечественной психиатрии, драматическим уроком: не выходить за пределы своей компетенции, не вмешиваться в религиозную проблематику, что нарушил в 1995 году Государственный центр социальной и судебной психиатрии, именуемый себя именем В. П. Сербского. И опять-таки только наш журнал неоднократно откликнулся на этот процесс (2011, 2), в частности, републикацией экспертизы В. М. Бехтерева (1998, 1) и экспертизы В. П. Сербского (2008, 4) по делу Бейлиса, а также цитировал дифирамбы И. А. Сикорскому наших военных психиатров с попыткой представить его позорную экспертизу исключительно как “первую судебную психолого-психиатрическую экспертизу”. В своих замечательных “Воспоминаниях за 50 лет” (1929, 1984) врач и писатель С. Я. Елпатьевский пишет, что “с первых же дней процесса явственно вскрылось, что судят не Бейлиса, а еврейский народ, еврейскую религию...”. “Не будет преувеличением сказать, что с введения судебных учреждений в 60-х годах не было такого цинического процесса как дело Бейлиса”. Увы, к этому остается добавить, что это не распространяется на последующие времена. Но к чести присяжных и передовой русской общественности, этот процесс был выигран и “на улицах приходилось наблюдать необыкновенные сцены: обнимались и целовались русские с русскими и русские с евреями, и была всеобщая радость”.

Бесконечная волокита, которой при нынешней власти нет конца

Наш журнал на протяжении 20 лет обнадеживал своих читателей — по эстафете от властей разного уровня — в отношении скорой реализации 38 статьи закона о психиатрической помощи: о создании “независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”, которая является гарантией исполнения закона для этой категории больных.

Приличный облик снаружи и внутри психиатрические больницы приобрели давно, и неопытному глазу все выглядит довольно гладко, невзирая даже на скудный метраж, скученность и т.д. и признание непригодности по санитарным нормам половины капитального фонда с 2000 года. Но для пациентов намного значимее и ощутимее психологическая атмосфера учреждения и следование букве и духу закона. Как раз пренебрежение этим создает репрессивную среду, которая саму терапию нередко превращает в свою противоположность. Поэтому роль государственной вневедомственной контрольной службы трудно переоценить.

Неисчислима масса времени и усилий многих людей, потраченных за счет других важных проблем на перебор всевозможных вариантов реализации этой статьи закона, разные планы, встречи, обсуждения, заседания, консультации на всех уровнях от Института государства и права РАН, Красного Креста, Омбудсмана, различных государственных и общественных организаций, юристов и т.п. Наконец, был найден и разработан совместный план силами главного психиатра МЗ России Б. А. Казаковцева, НПА России, РОП, Аппарата Уполномоченного по правам человека в РФ, организаций родственников психически больных и др., который получил одобрение съезда всех психиатров России, от его имени был направлен в конце 2005 года Президенту РФ В. В. Путину и врученный ему лично В. П. Лукиным, получил благоприятную визу.

С тех пор на всех заседаниях, находивших отражение в хронике нашего журнала, длилась непрерывная волокита, упиравшаяся в финансирование. Наконец, после выполнения всех предварительных условий, конкретизации последовательных шагов, начинающихся с пилотного проекта в трех регионах, все было вновь отфутболено. Тогда НПА России обратилась в Генеральную прокуратуру РФ и руководитель нашей юридической службы Ю. Н. Аргунова сумела предотвратить попытку прокуратуры уклониться от этой проблемы.

22 февраля 2013 г. нас, представителей НПА России (Ю. Н. Аргунова, Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко), РОП (В. Н. Краснов), ГНЦ социальной и судебной

психиатрии им. В. П. Сербского (Б. А. Казаковцев), Аппарата Уполномоченного по правам человека в РФ (В. В. Тамбовцев), Высшей школы экономики Санкт-Петербурга (зав. кафедрой прикладной политологии А. Ю. Сунгуров), Института прав человека (В. М. Гефтер) и др. от имени “Открытого Правительства” пригласили на обсуждение дальнейшего развития этого вопроса. Формат и статус встречи был невнятным и ошеломительно хамским: в качестве представителей новоявленной структуры “Открытого Правительства” были присланы третьестепенные юные сотрудницы, не знакомые с проблемой и представившиеся по имени. О том, что происходило на заседании Правительства, посвященном этому вопросу, нас проинформировал, задыхаясь от возмущения, В. В. Тамбовцев, объяснивший, что ему дали ясно понять, что ни о каком проекте, требующем финансирования, не может быть и речи, а представленный им документ, согласно которому первый шаг проекта (внесение дополнений в Федеральный закон об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации) ни в каком финансировании не нуждается, не захотели и обсуждать.

Итак, съезду психиатров России, нашим пациентам и их родственникам плюнули в лицо. Видимо, “Открытое Правительство” и создано как буфер всевозможных возмущений, дополнительный механизм бесконечной волокиты и спуска ненужных властям инициатив в песок, причем в зыбучий песок, в трясиноу.

Мы уже давно усвоили бесполезность апеллировать к гуманным принципам, но оказывается, что и катастрофический для властей рост недоверия и неуважения к ним и рост социальной напряженности воспринимаются благодушно, в расчете на одни репрессивные меры. Мое возмущение происшедшим, высказанное в прямом эфире радио “Коммерсант-FM”, было вырезано и не повторялось. Это совпало с устранением двух ведущих либеральных редакторов этой радиостанции.

Можно подумать, что такого рода цензура и другие обветшалые приемы кого-то обманут и заменят решение многих назревших острых проблем.

Лозунг А. С. Есенина-Вольпина “Власть, выполняй свои законы!” по-прежнему, спустя полстолетия остается самым актуальным. Но сама актуальность такого лозунга — прямое свидетельство нелегитимности этой власти.

В отношении ст. 38 точка не поставлена.

Ю. С. Савенко

На пути к философским основаниям судебной психиатрии

За последние 20 лет в России резко возросло число философских публикаций, активно осваивающих поле психиатрии. Основным толчком послужила, конечно, культурная революция 1968 года и работы Мишеля Фуко, Герберта Маркузе, Томаса Сасса, Рональда Лэинга, переведенные на русский язык.

В результате, во многих отечественных публикациях на эту тему явственным образом звучат антипсихиатрические ноты и незнакомство с предметом клинической психиатрии как таковым. Тем важнее взаимодействие и взаимное просвещение философов и психиатров. Начало этому положил первый образовательный семинар НПА 1992 года с приглашением с серией лекций проф. Н. В. Мотрошиловой (институт философии РАН) — основного отечественного специалиста по феноменологии Э. Гуссерля, а в последующем проф. В. И. Молчанова (зав. каф. феноменологической философии РГГУ), д.м.н. Э. Ю. Соловьева (Институт философии РАН), проф. А. Ф. Зотова (зав. каф. философии МГУ), проф. Б. Г. Юдина и П. Д. Ти-

щенко (институт человека РАН) и аффилиация с НПА группы “Философия и психиатрия” (Е. Б. Беззубовой) и т.д.

Отрадно, что такого рода инициативы стали множиться как со стороны философов, так и встречно со стороны психиатров, в частности и в Центре имени В. П. Сербского: А. А. Ткаченко с 1992 года и А. Ю. Березанцев в последние годы. Следует с удовлетворением отметить январский доклад проф. Андрея Юрьевича Березанцева в институте философии РАН на методологическом семинаре проф. П. Д. Тищенко “Многомерный образ человека”. Новацией этого активно обсуждавшегося доклада “Судебная психиатрия как вид гуманитарно-антропологической экспертизы” был широкий и действительно наиболее адекватный подход к одной из самых острых общественно значимых и находящихся всегда в центре внимания сфер нашей профессиональной деятельности — судебно-психиатрической экспертизе.

Психоневрологические интернаты преображаются

В начале этого года представители НПА России посетили два психоневрологических интерната, которые находятся в ведении Департамента социальной защиты населения г. Москвы, но расположены за городом.

Первый визит — 31 января 2013 г. — был в составе комиссии от Уполномоченного по правам человека РФ в психоневрологический интернат № 26. Директор интерната Людмила Александровна Раковская и зам. по медицинской части Нелли Борисовна Лебедева охотно показали свой интернат.

Интернат рассчитан на 580 человек. Войдя в подъезд, сразу попадаешь в уютный холл, где в застекленных витринах выставлены награды, которые получили проживающие в интернате на спортивных соревнованиях и различных конкурсах. Картины, поделки, которые сделаны руками людей, живущих в интернате, украшают все отделения, создавая атмосферу уюта и тепла, в отделениях много цветов.

В интернате четыре отделения милосердия, в которых проживают люди, нуждающиеся в постоянном уходе, некоторые из них не могут самостоятельно передвигаться, лежачие. В этих отделениях, так же как и везде, чисто, нет тяжелого специфического запаха. Сделано все, чтобы облегчить жизнь проживающих и

работу персонала: есть удобные функциональные кровати, ортопедические и противопролежневые матрасы. Чтобы легче было ухаживать за лежачими пациентами, палаты и коридоры оборудованы специальными подъемниками. Вдоль стен в коридоре сделаны перила для тех, кому трудно передвигаться самостоятельно.

В палатах уютно, в каждой есть телевизор. Мы были в отделениях сразу после обеда, и у некоторых в это время находились родственники. Людмила Александровна объяснила, что они не препятствуют посещениям в течение всего дня. Однако при входе на территорию ПНИ вывешено объявление, ограничивающее посещения несколькими вечерними часами. Представитель Уполномоченного по правам человека РФ Мария Юрьевна Степанова потребовала изменить расписание посещений, чтобы родственники и знакомые могли приходить в интернат и днем. Принимать посетителей в течение всего дня — это право людей, живущих в интернате.

В медико-социальных отделениях живут люди, которые могут сами себя обслуживать, самостоятельно передвигаться, да и просто более молодые по возрасту, активные. Обстановка здесь совсем другая. После обеда комнаты были полупустыми: многие пошли

гулять или общались в уютных холлах отделения, были на занятиях в кружках. В комнатах оставались их любимцы — животные: ухоженные и упитанные коты важно и с достоинством смотрели на посетителей, морские свинки, морские черепахи и попугаи занимались своими делами, не обращая внимания на окружающих. Их присутствие создавало атмосферу уюта, дома, как и личные вещи жильцов этих комнат, красивые шторы на окнах.

К сожалению, все комнаты в этих отделениях большие, и проживают в них по восемь человек, что совсем не мало. Наш выезд в интернат был связан именно с этой проблемой. Две молодые женщины обратились к Уполномоченному по правам человека в РФ с просьбой решить вопрос о переводе их в дом для ветеранов труда и инвалидов. Они все время подчеркивали, что у них нет жалоб на проживание в своем интернате, но они хотят жить в комнате на двоих, и чтобы санузел был рядом, а не в конце коридора. Вполне понятное желание — улучшить свои жилищные условия, но выполнить его не позволяет давняя планировка зданий интерната.

Все помещения интерната выглядят весьма достойно: сделан ремонт, чисто, хорошая мебель, в холлах ковры, на стенах картины. Для оказания качественной медицинской помощи работают терапевтический, физиотерапевтический, стоматологический кабинеты, кабинет массажа, лечебной физкультуры. Проводятся занятия с психологом. В интернате много проживающих с детским церебральным параличом, и они получают лечение не только в интернате, но и плановое лечение в Центре медицинской и социальной реабилитации ДЦП в Царицино.

В интернате есть свои спортивный и тренажерный залы. Есть возможность посещать бассейн. Оборудован компьютерный класс. Когда мы вошли, все компьютеры были заняты: кто-то учил буквы, кто-то складывал пазлы, кто-то играл в шахматы. Программы подобраны индивидуально с реабилитационной целью и по интересам. В швейной мастерской женщины шили концертные костюмы для предстоящего выступления. В актовом зале шла репетиция концерта, участники с удовольствием показали некоторые вокальные номера.

В интернате работает множество кружков: вокальный, хоровой, хореографический, шумовых инструментов, есть кукольный театр и художественно-прикладная мастерская. Во время нашего визита в изостудии шли занятия, и мы могли убедиться в способностях обитателей ПНИ. Лучшие рисунки и картины украшают стены интерната, а наиболее талантливые художники участвуют в выставках. В ПНИ есть и лечебно-трудовые мастерские, есть классы, в которых проживающие работают с педагогами, некоторые уже в ПНИ научились читать и писать. Есть библиотека, видеотека.

Людмила Александровна рассказала, что сейчас освобождены комнаты, которые они планируют оборудовать для проведения занятий по кулинарии, в планах — создание собственной видеостудии, в которой жители ПНИ смогут создавать свои новостные программы.

Второй визит состоялся 5 февраля. Вместе с представителем московского Департамента по соцзащите населения Еленой Юрьевной Замятиной мы посетили психоневрологический интернат № 5 (директор Наталья Владимировна Лопаткина, зам. директора по медицинской части Ольга Ивановна Колесникова), расположенный в пос. Филимонки. Путь туда неблизкий, но относительно удобно: от М. «Юго-Западная» идет прямой автобус непосредственно до интерната.

Интернат расположен в экологически чистом районе, окружен лесопарковой зоной. Территория благоустроена, есть спортивная площадка, скамейки и беседки для отдыха. Однако, неудачное соседство интерната с Центром социальной адаптации (на 500 человек), в котором проживают люди с асоциальными и криминальными наклонностями, сильно напрягает администрацию интерната и вынуждает ограничивать свободный выход некоторых проживающих: потом их приходится «отлавливать» просящими милостыню вместе с опытными «друзьями» из ЦСА или в состоянии алкогольного опьянения возле местного магазина.

Во время ремонта корпуса интерната и здание пищеблока были соединены коридорами, и теперь можно свободно переходить из одного корпуса в другой, не опасаясь ни мороза, ни распутицы. Удобнее стало и доставлять пищу в отделения.

Интернат рассчитан на 885 мест и полностью заполнен. Женщин и мужчин примерно поровну, преобладают люди старше 50 лет, однако есть и молодые, поступившие из детских интернатов, с которыми интернат проводит большую реабилитационную работу. Некоторые из них потом получают квартиры и начинают самостоятельную жизнь. В день нашего посещения один из жителей интерната как раз ездил смотреть предлагаемую ему квартиру, пока думает, выбирает.

Интернат имеет свое поликлиническое отделение со всеми необходимыми специалистами, зал лечебной физкультуры и тренажерный зал, кабинеты физио-сенсорной, музыка- и ароматерапии, кабинет психологической разгрузки.

В интернате 4 отделения милосердия (2 мужских и 2 женских) и 4 отделения общего типа, в которых находятся люди, могущие себя обслуживать и ведущие более или менее самостоятельный образ жизни. Тем не менее, 630 человек признаны недееспособными, и интернат выполняет по отношению к ним опекунские функции.

Отделения милосердия оборудованы функциональными кроватями, ортопедическими матрацами, подъемниками, у всех, кому это необходимо, рядом с

кроватью кресло-каталка, ходунки, трости и др. приспособления. Палаты большие, просторные, светлые, спланированы так, чтобы можно было проехать на коляске. Очень чисто, красиво, в каждой палате телевизор, кондиционер и увлажнитель воздуха.

В общих отделениях (2 мужских и 2 женских) палаты, наоборот, маленькие, на 2 – 3 человека, сдвоенные и оборудованные своей ванной и туалетом. Есть тумбочки и шкафы для личных вещей, на стенах — картины и различные поделки проживающих, красивые шторы, цветы. Обстановка максимально приближается к домашней, в течение дня люди занимаются своими делами: работают на компьютерах, слушают музыку, читают, гуляют, занимаются в кружках.

На этажах — уютные холлы с телевизорами для отдыха и встреч с родственниками. Все отделения оформлены по-разному, причем в этом помогли сами проживающие. Так, например, дизайн мужского общего отделения, которое мы посетили, был выполнен с элементами подводной лодки: якоря, иллюминаторы, перескопы и т.п.

На одного проживающего государство выделяет 168 руб. в день на питание, интернат немного добавляет из средств, которые получает по договорам с ними, и в результате обеспечивает шестизачасовое рациональное питание, с обязательными фруктами и соками. Вкусная выпечка дополняет стол проживающих, приближая его к домашнему. В реабилитационных отделениях есть также комнаты, где люди могут готовить еду самостоятельно, внося еще большее разнообразие в свое меню и заодно приобретая полезные в дальнейшей жизни навыки.

В интернате много разных кружков (танцевальный, драматический, вышивка и вязание, лепка, выжигание и т.п.). Есть и свои трудовые мастерские, причем работающие в них получают вполне приличную зарплату. Женщины шьют постельное и нижнее белье и обеспечивают им весь интернат. Хотя желающие, конечно, могут приобретать эти вещи самостоятельно.

Работает библиотека, литературно-музыкальная гостиная, есть актовый зал на 50 мест, где проходят

различные мероприятия. Для верующих оборудовали молельную комнату, интернат тесно сотрудничает с Троицким Храмом и с верующими проводят различные религиозные обряды. В прошлом году на Пасху интернат посетил патриарх Московский и Всея Руси Кирилл.

Обитатели интерната не скушают: ездят на автобусные экскурсии по городу и в музеи, посещают театры, концерты и цирковые представления, принимают у себя артистов оригинального жанра, проводят концерты собственными силами.

Конечно, не все довольны. Некоторые предпочли бы жить дома, однако не у всех он есть, да и не все способны проживать самостоятельно. Так вот и молодой человек, жалобу которого мы рассматривали, явно не может выйти из стен интерната. При ближайшем рассмотрении оказалось, что жалоб на жизнь в интернате у него нет, обращение было составлено навещающей его женщиной, а он лишь поставил свою подпись, поскольку читать и писать не умеет. Администрация интерната никак не нарушает его права и наоборот, делает все возможное, чтобы их защищать и следить за тем, чтобы они не нарушались другими людьми.

В результате своих посещений, мы воочию убедились, что средства, которые Правительство Москвы вложило в благоустройство учреждений социального обеспечения, не пропали даром. Психоневрологические интернаты, в которых находятся самые незащищенные и обездоленные люди, из мест призрения превратились в подобие санаториев, где люди получают и медицинскую и социальную помощь, могут достойно проводить свою жизнь, заниматься саморазвитием и повышением своего культурного уровня. Департамент социальной защиты населения г. Москвы внимательно следит за тем, чтобы права людей, проживающих в интернатах, не нарушались, и в тех ПНИ, которые мы посетили, это действительно так.

Н. В. Спиридонова, Л. Н. Виноградова

Чудеса еще встречаются (о визите в психиатрическую больницу самого строгого наблюдения)

А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону)

В конце 2011 года мне, как доценту кафедры психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации Ростовского государственного медицинского университета и вице-президенту НПА России довелось впервые побывать в Волгоградской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением Министерства здравоохранения Российской Федерации. Тогда пребывание было совсем недолгим, буквально несколько часов. Кроме прочитанной клинической лекции и разбора одного пациента, все же удалось познакомиться с самой больницей, медицинскими работниками и даже охраной. Больница, контингент больных, и коллеги произвели сильное впечатление.

Очень хотелось побывать в больнице еще раз, что и удалось сделать 19 декабря 2012, когда я провел в больнице целый день. Это было не очень легко, так как от Ростова-на-Дону, где я живу и работаю, до больницы более 750 км (Ростов – Волгоград – Камышин – Дворянское).

Такого типа поездки, не будем лукавить, спонсируют крупные фармацевтические компании (настоящую — компания Лундбек), которые заинтересованы в доведении до врачей информации о своих препаратах через лекции, семинары и клинические разборы. Старый вопрос — этично ли это? Конечно же, так как приносит пользу всем участникам, в первую очередь, врачам-клиницистам.

Как часто получают новую информацию врачи в отдаленных больницах? — Обязательная учеба один раз в 5 лет, к сожалению, чаще всего в одном и том же месте, поближе к дому. А может ли врач с его бюджетной зарплатой провести несколько недель в другом городе, например в Москве, с ее ценами на гостиницы, питание, проезд? Оставить на это время семью, важные дела? Вынужденно перегружать коллег двойной нагрузкой, так как врачей всегда не хватает, денежный эквивалент всегда неполный (ведь уехавший на учебу сохраняет зарплату)? Да, есть кафедра психиатрии Волгоградского медицинского университета, возглавляемая проф. Назимом Яшаровичем Оруджевым, которая по мере сил общается с врачами, бывает с разборами и лекциями, но не может делать это часто. Больница сохраняет, в связи со своим профилем, связи с ГНЦ им. В. П. Сербского, но в последние годы визиты московских корифеев становятся все реже, все меньше выполняется научно-диссертационных работ, давно не было образовательных лекций и разборов.

Есть еще возможность получения информации через профессиональные журналы, книги. Но при опросе выясняется, что журналы выписываются в больнице главным врачом, но редко читаются врачами, сами же выписывают по одному журналу всего 2 – 3 человека (и так, поверьте, везде, не только в “сельских” больницах, но и в столичных диспансерах). Навыков получения информации через интернет тоже недостаточно. Интересный факт — бесплатно рассылаемые журналы тоже доходят редко. Об этом либо не знают, либо не догадываются, как их выписать или заказать через электронную почту.

Поэтому приезды ученых, преподавателей (правда при условии, что они не “теоретики”, а практикующие клиницисты) для врачей действительно “луч света”. Опять же при условии, что не будет “чистой рекламы”, когда информация посвящена только одному новому препарату, “самому лучшему и инновационному”, когда не будет восхвалений его “силе и скорости действия” (и это еще и при том, что сам рекламирующий лектор его либо не назначал, либо видел только одного пациента, да и то мельком). В том, что это полезно и необходимо, выяснилось в беседах с врачами и в сетованиях главного врача. Больница за счет возможностей федерального бюджета имеет в своем арсенале весь спектр современных препаратов, а назначаются они достаточно редко, не всегда в адекватных дозировках. Полезны ли такие визиты фармацевтическим компаниям? А иначе — зачем бы они тратили свои деньги? Серьезные компании, выполняющие свои этические правила, давно перестали требовать давать сведения о своих лекарствах в чисто рекламных целях, так как такого рода информация скорее негативно воспринимается слушателями. Лектору разрешается и высказывать некоторые критические замечания и подвергать сомнению некоторые постулаты, и самое главное — говорить не об одном лекарстве, а о проблемах клиники, диагностики и т.п. Никто не возражает, когда на примере больных во время клинических разборов указывается, что продвигаемый препарат в данном конкретном случае лучше не назначать или вообще отменять, ведь негативный результат — это тоже результат. Выгодно ли это преподавателю, ученому? Безусловно, и причем — вовсе не в прямом материальном отношении. Это знакомство с замечательными врачами, интересными пациентами, получение нового клинического опыта, расширение кругозора, сохранение взаимовыгодных отношений с фармкомпаниями (опять же, если без ханжества — может ли собраться большая психиат-

рическая конференция, съезд без спонсорской помощи?).

Теперь некоторая справочная информация о больнице. Федеральное казенное учреждение “Волгоградская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением” Министерства здравоохранения Российской Федерации является современным лечебным учреждением, осуществляющим по решению суда принудительное лечение пациентов — мужчин, совершивших общественно-опасные деяния и признанных невменяемыми в связи с психическим расстройством. Учреждение реорганизовано в марте 1978 года на базе женской исправительной трудовой колонии, и в настоящее время принимает на лечение пациентов из 20 регионов России от южных областей и республик Северного Кавказа до Дальнего Востока.

Место расположения — село Дворянское Камышинского района Волгоградской области. К больнице ведет грунтовая дорога, которая в зимнее время иногда становится непроезжей на нескольких дней. Спасибо МЧС — выделило и подарило больнице мощный современный вездеход. Учитывая специфику, территория больницы ограждена, имеет охраняемый контрольно-пропускной пункт. Общественный порядок обеспечивает отдел охраны Федеральной службы исполнения наказаний России.

На балансе больницы находятся не только лечебные корпуса, но и соответствующая хозяйственная инфраструктура (пищеблок, котельная, гаражи, водозаборные и очистные сооружения, трансформаторные подстанции, дезинфекционная камера). На территории расположено 12 зданий, из которых семь — для содержания пациентов. Лечебно-диагностическое отделение имеет современную лабораторно-диагностическую базу, рентгеновское оборудование, медицинскую аппаратуру для функциональной диагностики, физиотерапевтического лечения, оказания стоматологической помощи.

Отделения профилированы по режиму содержания пациентов: приемно-диагностическое, отделение острых состояний, два отделения малой реабилитации, три реабилитационных отделения. Мощность учреждения -710 коек. Контингент пациентов сложный, с разнообразными нозологическими и синдромальными формами, особенностями негативной симптоматики, значительная часть его имеет большую длительность заболевания, неблагоприятный характер течения, высокую степень дезадаптации. 85 % от общего количества находящихся в учреждении пациентов являются инвалидами. Состав пациентов по нозологии: — шизофрения — 57,2 %; — умственная отсталость — 23,2 %; — органические психозы — 14,8 %; — непсихотические психические расстройства — 3,6 %; — шизотические расстройства — 0,4 %; — острые и переходящие неорганические пси-

хозы — 0,4 %; — аффективные психозы — 0,3 %; — шизоаффективные психозы — 0,1 %.

Среди ООД, совершенных пациентами больницы, — самые тяжелые, т.е. убийства, изнасилования, террористические акты. Некоторые пациенты в остром отделении — совершенно фармакорезистентны, представляют постоянную непосредственную опасность. Их палаты, общение с ними, меры предосторожности, наблюдение с помощью современной техники очень похожи на знаменитые кадры кинофильма “Молчание ягнят”. Длительность пребывания — усреднено около трех лет, но некоторые (например, один серийный сексуальный убийца маленьких девочек из Сибирского региона) находятся уже с десятков лет. И не по медицинским, а по социальным показаниям, так как слухи о его выписке приводят население в сильную тревогу, контроль по этому вопросу осуществляет сам губернатор¹. При мне приезжали очередные журналисты для проверки его пребывания в больнице.

Но подавляющему большинству удастся помочь, компенсировать их психику и даже подготовить (!) к жизни в обществе.

В каждом отделении подбирается свой особый интерьер, по желанию пациента (!!) устанавливается теле-, видеоаппаратура, удобная мебель, личные предметы домашнего обихода. Палаты разнообразны по цветовой гамме стен, штор и покрывал. С особой заботой оформляются и благоустраиваются комнаты дневного пребывания, где пациенты играют в настольные игры, смотрят телепередачи, принимают гостей из других отделений. Большое внимание уделяется привитию навыков самообслуживания, поддержанию внешнего вида, подбору предметов обихода и одежды. Все пациенты выглядят опрятно, аккуратно, одеты по сезону.

Усилиями сотрудников и пациентов территория учреждения благоустроена: дорожки выложены тротуарной плиткой, разбиты цветники, зеленные газоны, построены беседки, где пациенты продолжают общаться, установлен фонтан. Современные теплицы позволяют пациентам выращивать рассаду цветов, овощей, зелени. Выращенный урожай: огурцы, помидоры, зелень — все идет на витаминный стол пациентов. Не редки случаи, когда родственники пациентов из разных регионов привозят для посадки на террито-

¹ Конечно, такие пациенты чрезвычайно опасны и должны постоянно находиться под медицинским контролем. Но почему этот контроль нужно в течение более 10 лет осуществлять именно в больнице с интенсивным наблюдением, где, несмотря на все прелести реабилитационных программ, условия пребывания приближаются к тюремным? Есть ведь и другие формы стационарного принудительного лечения, а при амбулаторном лечении такие пациенты находятся под контролем не только медицинских, но и правоохранительных органов. — Прим. ред.

рию больницы саженцы роз и других редких цветов и вечнозеленых кустарников.

Да, палаты тесные, в некоторых отделениях вынужденно стоят двухъярусные кровати, но при этом — чистота, тепло, плазменные телевизоры, современные туалеты и душевые комнаты, что, на мой взгляд, является важнейшим индикатором благоустройства или заброшенности. Недаром ведь премьер-министр Д. А. Медведев недавно заявил, что компьютеризация школ — ничто по сравнению с отсутствием теплых и чистых туалетов!

В конце 2012 года введен корпус, который фактически является Дворцом культуры, но об этом позже.

Приехавшие родственники за символическую плату могут жить в селе (в больнице в курсе кто и как сдаст комнаты), комнаты для свиданий оформлены как неплохие гостиничные номера с маленькими кухнями. В больнице, где почти все пациенты курят, — нет душающего запаха окурков и дыма.

В закрытой больнице удается поддерживать именно больничный, а не тюремный порядок. За последние годы не было ни одного случая убийств или самоубийств (для примера в СИЗО и колониях одной Ростовской области — несколько десятков за год (!), удается контролировать такие сложные проблемы, как структурно-социальные (“паханы”) и даже сексуальные (гомосексуально — “опущенные”) отношения.

Многие годы возглавляет учреждение главный врач — врач-психиатр высшей квалификационной категории Татьяна Алексеевна Кузнецова, грамотный руководитель, идейный вдохновитель и признанный в коллективе лидер. Несмотря на “начальственную должность” — очаровательная женщина, тонкий интуитивный психолог, а также врач, не забывшая клинику, с жадным интересом участвовавшая в клинических разборах. Приходилось с ней встречаться и на больших конференциях в России и за рубежом, где она выступала с интересными сообщениями. Авторитет явно заработан долгим трудом. Это и хорошие отношения с центральным минздравом и с местными областно-муниципальными чиновниками. Это найденный общий язык с силовиками ФСИН. Это знания о каждом (!) пациенте больницы, запоминание их имен, фамилий, диагнозов, судеб. Поразительная сцена — во время обхода всех отделений практически все пациенты ей улыбались, за что-то благодарили, все ее знали в лицо! Это явно не популярность в Потемкинской деревне! Но самое, пожалуй, сложное — это сохранение очень неплохого морального климата в профессиональной среде, среди врачей, мед. сестер, санитаров. Это и человеческое отношение, и защита прав работников, и создание нормальных условий работы.

Чистота, комфорт, новая мебель, компьютерная техника — все это присутствует. Таких комнат для персонала я не видел ни в других больницах, ни в уни-

верситетских клиниках, ни в государственных научных центрах! Врачей, конечно же, не хватает. Все работают не на одну ставку, получают дополнительно за вредность и т.н. “сельские” надбавки. Но совершенно ясно, что заработная плата не эквивалентна полученному образованию, сложному и опасному труду. Среди врачебного коллектива, как и везде — разные люди. Есть “горящие на работе”, думающие, активно работающие при клинических разборах. Есть те, кто на этих разборах спит, почти не таясь, говорят: “... да какая разница какой синдром или тип течения...”, назначающие по-прежнему только старинные нейролептики, а азалептин на ночь по 25 мг как снотворное, — но их меньшинство, и не они определяют общий климат. Наверное, есть и недовольные руководством.

На сегодняшний день работают 27 врачей, из которых 18 с высшей и первой квалификационными категориями, 4 психолога, 253 специалиста по сестринскому делу (103 с высшей и первой, 39 — со второй квалификационной категорией), 4 специалиста по социальной работе, 15 социальных работников, что позволяет обеспечивать полипрофессиональный (мультидисциплинарный) подход к оказанию качественной медицинской помощи.

Из отчета больницы: “В учреждении решаются облитатные задачи стационарной психиатрической помощи в условиях её принудительного оказания, направленных на клиническую диагностику и подбор адекватной биологической терапии в сочетании с психосоциальными методами лечения, реабилитацию в наименее стигматизирующих условиях, социальное восстановление пациентов, улучшение долгосрочного прогноза, предупреждение неблагоприятного течения заболевания, реализацию интересов и защиту прав. Каждый пациент охвачен комплексной психиатрической, психологической и социально-правовой помощью, согласно Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании”. Весь процесс оказания помощи пациентам в условиях учреждения ориентирован на каждого без исключения пациента, на овладение и использование разнообразных психосоциальных методик, выбор определенного реабилитационного маршрута.”

Во время клинических разборов выяснилось, что в больнице стараются не менять диагнозы судебно-психиатрической экспертизы². При этом у врачей отношение к этим диагнозам — как к “священной корове”, несмотря на явную порой нелепость (клиническую, а не по критерию вменяемости-невменяемости; таких пациентов я не видел, случаи симуляции или

² Это типовая практика всех наших больниц, осуществляющих принудительное лечение. Между тем, выставленный СПЭ диагноз сопровождает потом человека постоянно и порой серьезно отражается на его жизни. — Прим. ред.

коррупционных заключений достаточно редки), они не меняются. Иногда это не имеет принципиального значения, но часто приводит к серьезным проблемам. Например, осмотренному мною пациенту местная психбольница, а затем и неоднократные СПЭ поставили диагноз эпилептического психоза, хотя пациент болен классической параноидной неблагоприятной шизофренией (обоснование диагноза — снохождение в детстве и выраженная брутальность). Все эти годы больной получает, кроме нейролептиков, высокие дозы противосудорожных препаратов типа фенobarбитала, что утяжеляло и усиливало течение болезни, вызывая явления токсической энцефалопатии и резистентности к лечению. Кстати, этот пациент никого не убивал, он совершил когда-то несколько краж, а в больнице со строжайшим наблюдением оказался потому, что не удерживался на принудительном лечении в больнице общего типа. А там не удерживался потому, что был поставлен нелепо-неправильный диагноз и проводилось соответствующее ошибочное лечение! Так вот, диагноз СПЭ изменять не хотят, так как “потом надо подавать в суд документы, может произойти конфликт”. На мой взгляд, это очень слабая аргументация, так как никто не указывает в данном случае на пересмотр решения вменяем \ невменяем или представляет опасность \ не представляет.

Посмотрев несколько пациентов, а также историй болезни, можно только с горечью убедиться в неуклонном прогрессивном падении качества СПЭ в России после принятых приснопамятных законов об “уникальности психиатрической экспертизы” в нашей стране, исключивших клиницистов из экспертиз и убравших принцип состязательности, который является основой во всех цивилизованных странах. Справедливости ради надо сказать, что и клиническая психиатрия в связи с забвением общей психопатологии, исключением динамического компонента в анализе заболевания, переходом на чисто дименсиальную диагностику в русле МКБ-10 тоже прогрессивно сдает свои позиции, что ярко обнаружилось при разборах в больнице.

Но самое большое впечатление на меня произвела реабилитационная работа. Мне удалось даже побывать на концерте, который был устроен в связи с Новым Годом для персонала и сохраненных больных. Эта реабилитационно-психотерапевтическая работа в духе арт-терапии была представлена каждым отделением и сделана очень качественно, причем реабилитологами и тренерами выступали настоящие профессиональные артисты, певцы музыканты, фокусники и т.п.! Один из заместителей главного врача (Павел Пригарин) полностью занят этой сложной и многогранной работой.

В приемно-диагностическом отделении № 1 (зав. отделением Т. В. Борисова) организован караоке клуб “Улыбка” (вокально-хореографическая группа). “Где песнь поют, ищи себе приют: Ведь злые люди

песен не поют” гласит народная мудрость. Проводимая реабилитационная работа позволяет сократить период адаптации в больнице, снизить степень тревоги пациента и, соответственно, его социальную опасность. Наличие профессионального оборудования, огромный каталог российских и зарубежных песен, доброжелательное отношение персонала и уверенность, что каждый человек талантлив, — все это дает возможность пациенту почувствовать себя настоящей эстрадной звездой, принимающей участие в постоянных конкурсах и концертах.

В отделении острых состояний № 2 (зав. отделением О. И. Стасюк) создана арт-студия “Надежда” (историческая реконструкция как движение, с помощью которого воссоздаются те или иные события, элементы культуры и духовной жизни наших предков, их быта и обычаев). Цель, поставленная членами студии, — перенестись на пару и менее веков назад и почувствовать себя солдатами — участниками великих исторических событий, “оживить” эпизоды отечественной истории для себя и для тех, кому это интересно. Так к 200-летию Бородинской битвы было подготовлено и проведено большое общебольничное мероприятие, на котором приглашенные гости увидели карту Бородинского сражения, узнали хронологию военных действий, вспомнили героев войны 1812 года, слушали музыку и стихи той эпохи. Руками сотрудников и пациентов был изготовлен большой макет Бородинского сражения, сделаны образцы оружия того времени и орденов. В настоящее время ведется подготовка к проведению в феврале 2013 года праздничного мероприятия, посвященного 70-летию Победы в Сталинградской битве Великой Отечественной войны.

Основной упор в отделении малой реабилитации № 3 (зав. отделением Л. М. Яцко) сделан на фольклорный коллектив “Русские потешки”, который старается демонстрировать фольклорный материал весело и интересно, привлекая зрителей к участию в концертной программе, приглашая поучаствовать в различных народных обрядах. Хоровые песни, танцы и народные забавы не дают усидеть на месте и становятся истинным украшением любого концерта. Музыкальный фольклор — это народные песни и танцы, инструментальные наигрыши. Коллектив “Русские потешки” овладевает навыками игры на старинных русских музыкальных инструментах: балалайке, бубне, жалейках, ложках, трещетках. Фольклорный коллектив подходит к изучению традиции комплексно, шьются красочные костюмы, изготавливаются шумовые музыкальные инструменты, пациенты занимаются декоративно-прикладной деятельностью — изготовлением традиционной народной тряпичной куклы. На базе отделения работает кружок “Народная игрушка”.

В отделении малой реабилитации № 4 (зав. отделением В. В. Мамаев) особой популярностью среди

пациентов пользуется студия сатиры и юмора “Лицедеи”. Выступления, помимо классической пантомимы, охватывают смежные жанры: клоунаду, жонглирование, представления с куклами. Все знают, какие они — клоуны. Такие яркие и смешные! Иногда грустные, или веселые, но неизменно добрые. Каждый мим индивидуален. Участники студии подбирают образы, шьют костюмы, изготавливают атрибуты, учатся накладывать грим. Постановки сами по себе интересные. Все потому, что в каждом номере этой студии неизменно прячется аллегория, которая затрагивает чувства зрителя, его личные переживания. Клоуны разыгрывают перед нами сценки, которые наполнены особой философией и драматургией из жизни; они не только веселят, но и поучают. Немного нелепые и невезучие, но всегда дарящие людям радость.

Личность формируется в социальном общении, аспекты которого разнообразны, поэтому столь важно участие в системе реабилитационных программ, помимо клиницистов, представителей других смежных специальностей: медицинских психологов, педагогов, социальных работников, специалистов по различным видам занятости, труду, гимнастике, спортивным играм, развлечениям. В реабилитационном отделении № 5 (зав. отделением М. В. Крикунов) была организована эстрадно-цирковая студия “Коллизей” (жонглеры, эквилибристы, акробаты, клоунада, силовые номера). Для работы был приглашен руководитель детской эстрадно-цирковой студии В. Н. Котов, который охотно делится секретами циркового искусства, терпеливо проводя тренировку за тренировкой, отбирая талантливых ребят из числа пациентов и сотрудников, ставя сложные цирковые трюки. Участники коллектива вырабатывают волю, терпение, целеустремленность, показывая такие номера, повторить которые зрителям невозможно.

В реабилитационном отделении № 6 (зав. отделением А. В. Кузнецов) в рамках психосоциальной реабилитации была создана театральная студия “Провинция”. Все начиналось с малого: разучивали роли в мини-спектаклях, учились выразительно читать стихи, готовили костюмы, шили куклы, репетировали кукольные представления. Дальнейшее развитие студия “Провинция” получила после серии встреч с актерами Камышинского театра кукол “Калейдоскоп”, которые охотно делились профессиональными знаниями. В отделении была создана сцена, с кулисами и театральным занавесом, освещением и звукоаппаратурой. Актеры Камышинского театра учили пациентов как водить куклу, чтобы она ожила и заговорила. Как итог — прошли показы религиозно-театрализованного представления “Рождество по-христиански”, пасхальной пьесы “Прозрение”, поставленные актерами-пациентами отделения № 6. В декабре 2012 года состоялась премьера спектакля “Поздняя любовь” по пьесе А. Н. Островского. Зрителей данная постановка просто поразила. Театральные атрибуты, декорации,

костюмы, сделанные руками сотрудников и пациентов, отражали эпоху того времени, знание текста, игра актеров — все это восхищало. “Театр — это такая кафедра, с которой можно много сказать миру добра” — слова Н. В. Гоголя.

В отделении с сопутствующей соматической патологией № 7 (зав. отделением А. Т. Порывай) работает модерн-группа “Визит” (вокально-инструментальный ансамбль). Основу группы составили пациенты, ранее имевшие профессиональные навыки игры на музыкальных инструментах. Но есть и такие, кто только пробует свои силы. Наличие аппаратуры: электробас, электроритм, акустические гитары, синтезатор, ударная установка позволяют развивать творческие способности. Молодые люди, тонко чувствующие музыку, пробуют себя в амплуа музыкантов и вокалистов.

Среди персонала больницы много творческих, талантливых людей. В реабилитационном отделении № 8 (зав. отделением Н. Д. Морозова) группа сотрудников, имеющих опыт выступления в бальных и эстрадных танцах, организовала студию мюзикл-холл “Романтик” (эстрадно-хореографическая группа). Мюзикл — это музыкальный спектакль, в котором артисты поют, танцуют и играют. Творческий союз пациентов и медперсонала показывает удивительные шоу. Их хореографические постановки завораживают, а ритмичные флеш-мобы “заводят” всю аудиторию.

Большое внимание в стационаре уделяется духовно-нравственному воспитанию. Больницу регулярно посещает священник — иерей Константин, который совершает в храме святых бессеребренников и целителей Космы и Дамиана церковные службы, молебны, беседует с пациентами об основах православия и бытия.

Для осуществления физической реабилитации в больнице проводятся различные мероприятия. В зимний период организуются чемпионаты по настольным видам спорта: нардам, шашкам, шахматам, домино, настольному теннису. Весной и летом на специально оборудованной площадке проходят чемпионаты по волейболу, баскетболу, мини-футболу. Победители соревнований награждаются дипломами и грамотами. В 2011 году для товарищеского матча по мини-футболу была приглашена команда спортклуба “Текстильщик” г. Камышина, в 2012 году впервые состоялся чемпионат по силовому многоборью в отделениях реабилитации, с приглашением 4-х кратной чемпионки мира по пауэрлифтингу Л. А. Чухонастовой и ее тренера международного класса, который выступил в качестве судьи соревнования. В реабилитационных отделениях на прогулочных дворах установлены спортивные тренажеры: штанги, беговые дорожки, столы для настольного тенниса. Во всех восьми отделениях своя форма, флаг, свое название команды, клуб болельщиков. Из пациентов-представителей команд создан спорткомитет, на заседании

ях которого решаются организационные вопросы, определяются правила игр, составляется план спортивных мероприятий. Большим достижением спортивно-оздоровительной работы является то, что за небольшой период времени удалось пробудить общественный интерес к занятиям спортом, вовлечь в тренировочный процесс большое количество пациентов, популяризировать здоровый образ жизни.

С 2004 года для пациентов ежемесячно издается общепольничная газета “Здравствуй”, где есть колонка поздравлений с юбилеями и выпиской, фоторепортажи с различных мероприятий, в ней помещаются выдержки из писем выписанных пациентов. Пациенты с удовольствием пишут стихи и заметки, в которых отражается их жизнь и интересы.

Как же все это стало возможным?

Если говорить откровенно, — далеко не везде и не у всех есть такие возможности. Это и федеральный бюджет с хорошим финансированием (таким, какое нужно для всей психиатрической службы),

включающим возможность приобретать современные лекарства. Это и внимание власти, так как именно в эту больницу часто приезжают правозащитники, деятели антипсихиатрии, российские и иностранные журналисты.

Критически-пессимистически оценивая организацию медицинской и психиатрической службы, ее финансирование, отношение к пациентам, стигматизацию, — нельзя не сказать, что даже в тяжелые времена (впрочем, а когда они были легкими?) можно добиваться больших и маленьких успехов, по-настоящему помогать пациентам (а через них — и обществу), не “выгорать” в тяжелой профессии, чувствовать себя профессионалом и самоактуализироваться по А. Маслоу — добиваться объективных успехов и быть довольным собой.

Коллеги, приезжайте за опытом в такие психиатрические учреждения, прибавление оптимизма гарантируется!

XVI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ
ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ —
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ

14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания

www.wpamadrid2014.com

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Письмо главному редактору

Юрий Сергеевич!

Создание эпонима для синдрома аутоперсонамнезии (синдром Эминеску), полагаю достаточно обоснованным. Пожалуй, Эминеску — единственный из поэтических гениев XIX века, в жизни которого мотив абсолютного отрицания и желание полного забвения собственной личности (как никогда в человеческой истории не бывшей) пронизывает все его творчество и самую жизнь, оканчивающуюся угасанием самосознания и жизни в психиатрической клинике. Это — мотив мистической разлуки не только с любимой, но и с самим собой, в стихотворении “Расставание” (1879), приведенный в эпиграфе, и в др. близких строках (“*Но ты теперь чужая, прошу я, потому. Забудь меня навеки, когда уйду во тьму / Сегодня или завтра уйду из жизни я, — Что в том? Хочу забвенья, хочу небытия! / Чтоб я исчез в суровой и непроглядной тьме. Как будто не нашли мы друг друга не земле*”).

Близкий мотив абсолютной чуждости человеческому бытию сквозит в вершинной поэме “Лучафэрул”: “*Живите вы в своём кругу/ Со счастьем человеком/ А я иным быть не могу/ Я холоден и вечен*”. Жизнь вечного странника, Агасфера завершается психическим расстройством, угасанием самосознания и жизни в психиатрической лечебнице. Кажется, архетипический мотив полного небытия, аннигиляции, нирваны, забвения себя и забвения собственной личности в человеческом мире, никем не был выражен с такой поэтической силой.

Но помимо поэтической меткости и образности психиатрического эпонима, не менее важным представляется возвращение из забвения в сферу психопатологии в широком смысле и в социально-культурное пространство НПА (и современной российской жизни в целом) имени гения румыно-молдавско-украинской литературы. Разве недостаточно актуальны его идеи: “*У нас есть историки, не знающие истории, литераторы и журналисты, не умеющие писать, актёры, не умеющие играть, министры, не умеющие управлять, финансисты, не умеющие считать,*; поэтому у нас столько бездарных бумаг, поэтому столько животного визга в театрах, поэтому столько раз меняются министры и министерства, поэтому столько банкротов. Легче найти людей, ставящих под сомнение само существование Бога, нежели души, влюбленные в язык и обычаи своих предков, чем сердца, влюбленные в самые выразительные черты

нашего народа, умы, занятые жизненными проблемами того народа, на спине которого мы пишем все фантасмагории нашей лживой цивилизации”?

Или: “*Низкий культурный уровень и в верхах, и в низах — еще не самое большое бедствие... Все стремятся лишь к одному — использовать преимущества иностранной цивилизации, а не создавать в стране культурные условия, в которых такие результаты достигаются сами собой*”?

Тут же напрашивается и патографическое исследование, не как упражнение бездарей над безумием гениев, а как психопатологическое и патофизиологическое исследование пружин и истоков персональных мотивов творчества для раскрытия и понимания центральных идей, в частности идеи аутоперсонамнезии.

Главное сейчас — Ваше понимание и поддержка эпонима, который вместе с эпиграфом мощно привлечет внимание читателей, отвлечет от безграмотной “биографической амнезии” как психиатрического междусобойчика Института Сербского, сообщит проблеме мощный культурный контекст, вернет наше исследовательское внимание к фигуре гениального поэта, к его генеалогии. Эминеску (Эминович) по отцу происходит из армянского рода. Отец был слишком суровым. Считается, что на формирование его личности больше влияния оказывало матерью, к которой он питал особую любовь, начиная с раннего детства. Поэтому в центр нашего исследовательского интереса встает мать, которую тоже звали Эминович Ралука. Известны ли ее национальные корни? Учитывая интернациональный состав жителей его малой родины того времени (Буковина), я заглянул в Иерусалимское издание Еврейской энциклопедии, но там — ничего на фамилию Эминович и Эминеску.

Интерес также представляет и история ее психосоматического здоровья или нездоровья, потому что наследственность Михая определялась, прежде всего, родом матери.

Сознаю свое увлечение и ориентирован поэтому на Ваш вкус и решение. В случае Вашей поддержки, кажется, лучшего ситуационного повода для одномоментного введения эпонима вместе с эпиграфом не найти. И тогда имя Эминеску больше не оставит Вас и Вестник НПА. Послезавтра его день рождения.

Прошу извинения за некоторую сумбуурность аргументации.

С уважением, Виктор Остроглазов
7 марта 2013 г.

Синдром Эминеску. Обоснование нового эпонима

*Я сам себя забуду,
и ты меня забудь*



Психиатрической сенсацией XXI века стало появление потерявших себя молодых людей, обращающихся в полицейский участок со странным вопросом: “Скажите мне, кто Я?”. Они демонстрируются в телешоу “Жди меня” для опознания. В психиатрическом Центре им. Сербского эту проблему наивно определили “биографической амнезией”. И поскольку в обширном семействе “амнезий” нет адекватного термина, в 2003 г. мной введен латинский неологизм, более точно отражающий загадочный феномен — *autopersonamnesia* — забвение собственной личности. Его содержание неслучайно передает и эпиграф из Эминеску: наверное, потому, что представляет удивительный лейтмотив его поэзии. В связи с этим, интересно выявить в ней ключевые истоки и мотивацию комплекса аутоперсонамнезии.

К мотивам аутоперсонамнезии относятся предшествующие ей (т.н. форпостные) и входящие в ее структуру феномены скорбных переживаний меланхолии, одиночества, ненужности, бесцельности жизни, проекты отрицания собственной личности или отказа от нее для начала “новой жизни”, страсть к забвению себя, к личностному или абсолютному небытию (нирване), к угасанию самосознания и жизни, а, так же, закономерно сопутствующие мотивы атеизма, богоборчества, с отвержением Создателя и возвышением сверхчеловеческой индивидуальности гения, т.е. демонизм в широком культурологическом аспекте. Именно из этих форпостных симптомов кристаллизуется синдром аутоперсонамнезии, и они очень рано обнаруживаются в поэзии Эминеску.

Хотя его первая публикация в 16 лет представляла поэтический некролог учителю и революционеру Арону Пумнула, в ней сразу выявились страстность и патриотическое мироощущение как характерные черты творчества. Горячая любовь к Родине отразилась и в ностальгической тоске “*На чужбине*”¹ (16 лет), и в стремлении к счастью, возможно лишь при воссоединении с Родиной. В её мотивах понятны почти все переживания как вытекающие из личности и мировоззрения поэта, за одним исключением, на котором

необходимо остановиться. Это внезапный и парадоксальный мотив смерти — и не “на чужбине”, а на “Родине любимой”, — который услаживается её метафорами как “сновидения” и “усыпления”. Этим искусным приемом чужеродный мотив ранней смерти вписан в лейтмотив “тоски по Родине любимой” так легко, что его контраст (с ожидающим поэта на родине счастьем, а не “смерти-усыпления”) не бросается в глаза и воспринимается будто ассоциированным с экзогенной ностальгией и психологически выводимым из неё.

Но откуда взялась тема смерти в ранней юности, если обычно ей присущи полярные предчувствия счастья, которое ждёт впереди? — Не решаемая в рамках этого стихотворения проблема! Поэтому захватим её с собой в надежде, что анализ последующего творчества откроет и её природу. Этот анализ облегчает удивительная феноменологическая тонкость поэзии и редкое экзистенциальное единство её с жизнью поэта, которые без ясных границ переходят друг в друга, пока не сливаются в мифе Лучафэра-Эминеску.

Экзистенция поэта пронизана силовыми линиями патриотизма, поэтического призвания, верной и вечной эротической любви, красоты богозданного мира, увлечения революционными идеалами борьбы за свободу, равенство, братство, правду и последующим разочарованием в них, которое становится его уделом и судьбой. И судьбой не только его, но и лиц рокового треугольника: его извечной возлюбленной Вероники Микле и друга-соперника Караджале.

Основные линии определяют и немногие стержневые темы как вытекающие из мировоззрения и личности поэта. А личность Эминеску настолько ярка и противоречива, что не оставляет равнодушными никого: ни в жизни, ни в смерти, ни в бессмертии поэта. С одной стороны, его чтут как сакрального светоносного гения, “светоча” (“лучафэра”), классика румынской и молдавской литературы и творца современного румынского языка, но, вместе с тем, противники до сих пор не прощают ему ни патриотизма, ни любви, ни таланта, ни подозреваемых черт семитизма или антисемитизма; не щадя ни рождения, ни крещения, ни душевной болезни и выискиваемых национальных корней, ни веры и безверия.

На 7-й день (21 января 1850) он был крещен с именем Михаил в Церкви Успения Богородицы, но в те

¹ Здесь и далее русский перевод стихов Эминеску приводится по изданию: Библиотека всемирной литературы. Серия вторая: литература XIX века. Том 126.

чение поэтической жизни оставался атеистом, точнее, наивным идеалистом-атеистом, румынским дон Кихотом. Биографы подчеркивают основательность его философского университетского образования, переводов Канта, Конфуция и Шопенгауэра, и особенно мощное влияние на него последнего философа; исследуют философско-символические особенности романтического демонизма в сопоставлении с поэзией Байрона, Лермонтова и др. гениев.

Однако и при столь пристрастном внимании к поэту ещё нет основательного анализа его поэзии с точки зрения духовности. Введенная в моду европейским романтизмом тема демонизма, так же, стала одной из осевых в творчестве Эминеску. Но теперь она пропитала всё западное искусство общества, живущего душевно-страстной жизнью. И неудивительно, что до сих пор нет компетентного разбора овладевающей поэтом темной духовности демонизма, ибо в культурной жизни она поверхностно рассматривается как “явление литературной сюжетике с перемещением традиционных отрицательных и положительных характеристик и введения отрицательного характера в качестве героя” (см. напр., Википедию)

Итак, первые выступления отражали реакцию поэта на в н е ш н и е события и ситуации, которые сами по себе не несли угрозу жизни, и, тем не менее, почему-то провоцировали мотивы ранней гибели. Однако уже в 19 поэт исповедался, заглянув в себя (“*Взглянешь в зеркало морское..*”, 1869). И оказалось, что эта угроза не внешняя, а нераздельная с его Я, будто океан или “черная дыра” в душе. Она не объяснима внешними мотивами и несчастьями, поскольку “океан горя, смерть, ад: это — Я”. И ужаснулся поэт апокалипсису в своей душе потому, что от “ада, который есть я сам”, защиты в безбожии нет.

Поэтическая метафора самооткровения ада в душе указывает на внутреннюю реальность того, что обозначается демонизмом в широком смысле. Эта модная в европейском романтизме тема станет стержневой, будет мучить поэта всю жизнь, превратив извечную любовь к Веронике Микле в смесь рая и ада, и не отпустит вплоть до угасания самосознания и жизни в психиатрической лечебнице в Бухаресте. Это и есть мучительная экзистенция поэта, из которой он стремился вырваться с помощью вдохновения и земной любви к родине, к поэзии, к женщине. А жизненные разочарования лишь раскрывали изначальный “океан горя и ада” в душе, захлестывая его Я и побуждая к отчаянному исходу в забвение и небытие собственной личности, словно никогда не рождавшейся на свет Божий — то есть, исходу в аутоперсонамнезию.

Это исследование, конечно, не богословское, и также не патографическое, ибо не имеет в виду генеалогию душевных недугов и самоубийств, историю заболеваний и диагностические оценки и т.п. Оно узко феноменологическое, следующее намеченной в заглавии и эпиграфе цели.

Поэтому, приведенную метафору ада в “Я” мы называем демонизмом в широком культурологическом

смысле. Но для поэта это были реальные душевные муки, превосходящие всякую боль и называемые в феноменологии душевной болью (психалгией). Поэтому важно понять духовную и религиозную суть этих страданий и борьбы, роковым образом отразившихся в творчестве и судьбе гения. Ведь суть человеческой истории определяется борьбой Добра и Зла, Ада и Рая, и поле битвы — сердца людей (Достоевский). И гений Эминеску увековечил неизбежность этой борьбы в единстве судьбы и поэзии.

Для постижения духовной реальности этих процессов с позиций православной антропологии обратимся к современным пастырским разъяснениям. “*Ад и рай — это не категории наказания и поощрения. Рай и ад — это категории нашей жизни. Рай и ад возникают в нашей жизни, в наших душах, в наших отношениях. И если мы способны здесь исключить из своего сердца ад, не давать силам зла захватить наше сознание, нашу волю и наши чувства, если мы в этой нашей земной жизни сформируем внутреннего человека, способного к земному счастью вне зависимости от внешних обстоятельств, внутренне сильного духовного, хранящего голос совести в себе, — вот тогда здесь наступает рай. ... между нами и адом, между нами и раем — только жизнь, самая хрупкая и самая прекрасная вещь на свете*”. (здесь и далее, приведены выдержки из интервью Святейшего Патриарха Кирилла газете “Известия” 11.05.2009 г., каналу “Вести” 20.04.2009 г. и Патриаршего слова в Архангельском соборе Кремля 28.04.2009 г.)

Но это “*тяготение, притяжение смерти*” и ада довлеют над поэтом вследствие его безверия и отсутствия “*пасхального опыта, дающего силы препобедить зло по одной только причине, что Воскресение Христово есть победа над злом... Вот почему и говорит Св. Иоанн Златоуст, что смерти нет — в том смысле, что совершена победа над злом, над дьяволом, и ад разрушен*”.

В этой диалектике духовной борьбы трагедия жизни и творчества Эминеску была предрешена безверием в Воскресение Христово, отказом от Бога, от красоты Богозданного мира. Богоборческие мотивы лишали его защиты от “врат ада”. Ад и рай перемешались в его душе, в жизни, любви и поэзии (“Демонизм”, 1872, “Ангел и демон”, 1873, и др.).

Он верил в целительную силу женской любви, искал в ней вдохновения и не мог освободиться от этих страстей даже при измене, предающей любовь. Вот почему его вершинный шедевр посвящен Лучаферу — Люциферу или Деннице, у отцов Церкви обозначающем демона. С ним и соединяет свою судьбу поэт, обреченный на космический холод: *Живите же в своем кругу/ Со счастьем человечьим/ А я иным быть не могу/ Я холоден и вечен./* И на пороге инобытия он действительно пришел к одиночеству, потере себя и угасанию в психиатрической лечебнице. Но в духовном отношении земной финал не означал конца: через три месяца после похорон Эминеску отравилась в монастыре Вератек Вероника Микле.

Условно в поэзии Эминеску можно выделить несколько стержневых тем, но между ними нет четких границ, и в перспективе все они объединяются разочарованием.

Начнем с первой темы идеализма эротической любви. Уже на пороге 20-летия возникает расщепление её цельности и разочарование (*Ангел-Хранитель*, 1871). Любовь двойится с колеблющейся амбивалентностью и меняет лики (*Венера и Мадонна*, 1870). Поначалу кажется, будто Венеру побеждает Богородица — *“То любовь тебя в святую, в ангела преобразила”* —, но кончаются эти грёзы, как и искушение в эдеме, утратой целомудрия и Божьего Рая. Подобные интерметаморфозы свойственны и одноименному стиху, где *“Ангел-хранитель”* (1871) убегает от вида превращений любимой в демона страсти, как в испуге перед открывшимся адом.

Для Эминеску любовь не только эротический соблазн о счастье вдвоём, но и искушение вдохновением к творчеству — чтобы “в жизни опустелой счастья нежный луч возник”. А без “нежного луча” любви поэтическое творчество гаснет. Но через десятилетие и этот “нежный луч” застывает в ледяном сиянии Люцифера (Лучафэр, 1883).

Экзистенциальную черту в этом цикле подводит антигеиза воскрешению дочери Иаира в Евангелии от Луки (Лк. 8:53: *“non est mortua, sed dormit”* — она не умерла, но спит) — *MORTUA EST!*, 1871. Зрелище смерти девицы как цветка любви завершается приговором абсолютной бессмысленности жизни: а если смысл есть, то *“он безверья бесплоден”*. Поэтому остаётся исход в личности и мировое небытие вплоть до космических образов нирваны: *Расколется небо — и небытия/ Надвинется ночь...И воочию я/ Увижу, как в бездне, во тьме бесконечной/ Миры пожираются смертью вечной.../*. Отказ от веры в евангельское чудо воскрешения дочери Иаира, в религиозный смысл жизни приводит поэта к отрицанию Богзданного мира и к выбору изначального небытия (*“Уж лучше ничто, чем пустая мечта”*) как одному из ключевых истоков отказа от личностного бытия — аутоперсонамнезии.

Эминеску — духовный поэт, но его попытка земного обоснования духовности не имеет связи с Богом, и поэтому не религиозна. Поэт не обращается к Богу, а если и обращается, то не с молитвой, а с отвержением милости Божией. Он лишает себя возможности спасения от ада в душе, хотя и сознаёт эту опасность. Но это сознание не было религиозным, ибо питалось плотским чувством душевной болезни: *“Но, может быть... Мозг мой страдания сушат/ В нем злые мысли все доброе душат...”*.

В этом любовном цикле удивительны предсказания исхода любви с Вероникой, воплощённые в “Лучафэре”. Отчаяние в самом смысле человеческой жизни и демонизм лучафэра как победа смерти — ещё один мотив аутоперсонамнезии Эминеску.

Второе направление связано со стремлением к идеалам справедливости и бунтарскому низверже-

нию и переустройству мира. Поначалу оно не ограничивалось патриотическим обращением к “Расстрелным юношам” (1869 г.) и возвышалось вселенским призывом к восстанию с лозунгами свободы, равенства и братства: *“Земля — для всех!/ Свободны все существа живые!/. Но скоро и этот призыв к освобождению родины и земли, сменился разочарованием в обезверившемся поколении, превращающем всё в прах и тлен, ибо “таков мир, а мы — как он”* (*Эпигоны*, 1870). А после краха Парижской коммуны (1871) это отчаяние стало переживаться как мировая скорбь (*/ И вот, опустошенный, ты с болью постигаешь./ Что вся планета наша — лишь греза вечной тьмы* — “Император и пролетарий”, 1874) и историческое бессилие изменить мир (*“О, истина святая!”*, 1874).

Безверие атеизма (*Нет, в Иегову я не верю*, 1876) сопровождается демонстрацией безразличия к собственному существованию (*“Мне же, право, безразлично/ Буду ль вечно жить на свете/ Иль исчезну в тьме безлично”*) и страстью к небытию (*“Хочу забвенья, хочу небытия!...Чтоб я исчез...”* — “Расставание”, 1979) с идеей исчезновения личности как истока аутоперсонамнезии.

Богоборчество (теомахия), отрицание и отказ от Божией милости достигают степени одержимости в стихах “Ангел и демон” (1873), словно кулаком грозящих Небу: *“Я всю жизнь свою боролся против Бога, против неба./ Но проклясть меня навечно не сумел всесильный бог./ Благодатною любовью осенен мой смертный вздох!”*. Знаменательно, что безбожие и анархическое бунтарство в нём смыкаются с очевидным демонизмом революции. Последний провозглашается как конечная цель, независимая от поражения революции и бессмысленности богоборческой жизни, перед смертью *“осененной благодатною любовью”* земною назло Богу.

К этому периоду жизни относятся и два меланхолических стиха с мотивом аутоперсонамнезии. Первый — “Затерявшись без возврата...” (1876) — *“не рождаться бы такому/ не знать бы пробужденья... (то есть, пробуждения самосознания) / Обреченному на муки с первых дней до погребенья/*. Второй — феноменологически тонко переданная “Melancolie”, (1876), неуместно переведенная (Р. Мораном) как “Печаль”, ибо в меланхолии нет печали (Schulte), а есть бесчувствие и витальная деперсонализация. Об этом свидетельствует отчуждение “рассказа” о собственной жизни, исключаящее печаль, мучительная витальность в груди, резко выдающаяся деперсонализация, выходящая за пределы скорбного бесчувствия, и сознание болезненности этой меланхолии, для которой нет внешних причин... Это феноменологически точное описание конгениально поэтическому мастерству:

*“... И жизнь моя порою мне кажется рассказом
Из уст чужих, — как будто я посторонним глазом
За ней слежу, как будто меня не существует...
Кто это без запинки о ней мне повествует,
И я над всем, что слышу, смеюсь? Мне все равно
Я мертв, я мертв давно. Что мне чужие муки? ...”*

Здесь сквозит ранняя жизненная усталость. И отчуждение от собственной жизни, как чужой пересказ, который ему безразличен или, даже, смешон? И муки жизни в этом рассказе, словно чужие не мучают из-за бесчувствия, потому что “Я мертв, я мертв давно”. Но это место, так же, имеет отношение и к феномену аутоперсонамнезии, поскольку собственная личность и ее история воспринимаются словно чужие с удивляющим, но не удивительным безразличием, ибо его “Я” умерло. И, хотя отчуждение биографии и личности уже наступили, они пока сохраняются в сознании как известные и как собственные. Стало быть, деперсонализация ещё не достигла кульминации аутоперсонамнезии как полного забвения памяти о себе.

Третье направление — развитие романтического демонизма в его широком историко-литературном аспекте модного течения (его духом пропитано искусство 20 и 21 в.в., в понимании которого культура и теперь не продвинулась дальше “литературной сюжетики”), избрано по нескольким основаниям. Во-первых, проявившись с самого начала его поэзии (с 19 лет — “Взглянешь в зеркало морское...”), оно становится осевым. Во-вторых, после разочарования, связанного с предыдущими романтическими темами, — мечтами эротической любви и освобождения Родины и человечества от эксплуатации — эта тема достигает поэтической вершины в “Лучафэре” и не оставляет поэта до самой смерти, воплощая ведущий мотив стремления к личностному небытию.

И, в-третьих, именно это направление вскрывает духовные оккультные аспекты аутоперсонамнезии, которые манифестировали в поэзии Эминеску, а спустя столетие реализовались как одна из психиатрических масок расстройств массового сознания.

Уже в 18 – 19 лет, то есть еще до учебы в университетах Вены и Берлина, поэту открылся “ад в собственной душе”. И это самооткровение не оставляло его как основной вопрос экзистенции. Но после обучения в университетах Вены и Берлина (1870 – 1872), философической интоксикации и прививки набирающей силу теософии к 22 годам оно завершилось духовным переворотом, отраженным в стихотворении “Демонизм” (1972). Но только ли символически борьбой Добра и Зла можно объяснить невероятное совпадение в пространстве и времени: в том же 1870 году близости от поэта, в Дрездене, Достоевский начал писать своё пророческое произведение “Бесы”?

В “Демонизме” Эминеску изначально прекрасный мир был порожден добрым Демоном (Титаном-Землей), который наказан злым Богом за то, что “слишком глубоко и дерзко мыслит”. В результате мести в гробу оказался мир и “жизнь как труп её живой” и “люди-черви”: “*Весь мир — большая рака, звезды — гвозди вколоченные в крышку. Солнце — окно в темницу жизни*”. И потому “*рождается извечное несчастье, что мы сотворены по образу-подобию... Всесильного большого эгоиста./ О, Демон, Демон! Только*

лишь теперь/ Я понял, почему свои глубины/ Ты поднял против высоты небес./ Бог — зло... / и т.д.

Здесь очевидно повторение компиляций теософии, в которых главное — рокировка Добра и Зла, Бога и Дьявола. И для нашей темы важно их общее с теософией стремление к разрушению божественной иерархии мира как “*основы наций, государств*” и, особенно, к уничтожению сотворенной “по образу и подобию” Божию человеческой “личности”, которая объявляется главным порождением и источником Зла на Земле. Вот откуда берется оккультный источник аутоперсонамнезии.

Эту деперсонализационную атаку против “личности” мы находим у матери теософии: борьба между Добром и Злом “*продолжилась еще с большей яростью, после того как человек стал личностным существом... И особенно это касается эгоизма... Бедное создание (человек — В. О.) ... должно познать себя... Научиться различать между СОБОЙ и своей личностью . И главным образом необходимо разрушить личное тщеславие по отношению к тому, что будет после воскресения.* (то есть к чаянию спасения собственной души — В. О.) ...*Личный эгоизм, жажда самости, включая собственное сознание — источник наибольшего зла — исчезает..., но (если) личность, которая казалась исчезнувшей, вновь возродится к жизни..., восставая из могилы, подобно отвратительному вампиру... (то) пять минут жизни могут уничтожить годы ...служения*” Люциферу. (Е. П. Блаватская, “*Люцифер*”, март, 1891). Очевидным образом антихристианская атака Блаватской нацелена на личность и душу человека, объявленную наибольшим злом. Но по учению Церкви, в очах Божиих личность, душа всякого человека дороже всех благ мира.

У поэта подобное мировоззрение наступило после духовного переворота и, по-видимому, не ограничивалось выражением “литературной сюжетики”. В течение последующего десятилетия Эминеску писал вершинную поэму “Лучафэрул”. В ней найдено поэтическое решение отзвучавшего горя “худшей из разлук” с Вероникой Микле и примирение с одинокой судьбой “холодного и вечного” Люцифера, чуждого человеческому счастью. Примечательно роковое совпадение этой участи Люцифера, (“*Лучафэр*”, 1883) и года манифестации душевного заболевания и первой психиатрической госпитализации. Невольно приходит ассоциация с шиллеровским мавром, сделавшим свое дело и заслужившим у господина отпуск.

Поразительно, но именно в год манифестации демонического переворота Эминеску (“*Демонизм*”, 1872) Достоевский публикует свои пророческие “Бесы” (1872) и раскрывает “человеколюбивые” в кавычках мотивы европейского демонизма: “*Раз отвергнув Христа, ум человеческий может дойти до удивительных результатов. Это аксиома. Европа, по крайней мере, в высших представителях своей мысли,*



Михай Эминеску

отвергает Христа, мы же, как известно, обязаны подражать Европе” (Дневник писателя, 1873 год).

Но, в этом направлении мы узко касаемся лишь основных вех поэтического творчества. Сквозная нить стремления к забвению и небытию как отказу от Бога открывается в стихе “Угасни, факел...” (29 лет), в котором ставится вопрос о самоубийстве, возведенный впоследствии Альбером Камю в ранг основного вопроса философии. / И в мире, как в пустыне, по-прежнему потеряю./ Бесцельно прозябаю и ни во что не верю!... / Дай мне скорей забиться во тьме моей могильной.../ Поразительная психологическая достоверность суицидальных настроений достигается феноменологической глубиной и филигранностью рефлексии (брат поэта покончил с собой). Удивительно, но поэт страдал от своего безверия! Примечательно, что это 1879 год — год стихов “Расставание” как “худшей из разлук” (разлуки с поэтессой Вероникой Микле) и “Молитвы дака”, где мотив аутоперсонамнезии достигает пропасти мистического предела самоубийства как призыва своего Создателя к гневу, проклятиям и навечному уничтожению своего бытия и даже памяти о нём: “Чтоб я исчез навечно в бесследном угасанье/ Лишь так смогу Тебе я за тщетный дар воздать./ Что счастье жить на свете Ты захотел мне дать”./

Таков абрис мотивов аутоперсонамнезии в поэзии Эминеску, очерченный с узко определенной целью. Жизнь вечного странника, Агасфера, заверша-

ется одиночеством, душевной болезнью с угасанием самосознания и воспринимается как сбывшееся поэтическое предсказание. Действительно, архетипический мотив аннигиляции, нирваны, жажды забвения себя и бесследного забвения собственной личности в человеческом мире не достигал такой поэтической кульминации ни у кого из гениев романтизма.

И все же, эти стремления к забвению себя как гениального поэта не стоит принимать абсолютно, ибо, как и все антиномические феномены (меланхолия, безумие, бред, самоубийство и др.), они имели и противоположную сторону — благодарности, адресованной ценности и незабвенности бытия. Это и печаль, что “отзвучавшей лиры не зазвелят в душе бывшие звуки” (“Прошли года...”, 1883); и дорогие воспоминания о любви, как умершей звезде, свет которой еще струится и “ослепляет очи”, (“Звезда”, 1886), и сладкая ностальгия и благодарность любви за музыку вдохновения (“Ушла любовь”, 1888):

*Ушла навек любовь моя
С мечтами золотыми,
И навсегда прощаюсь я
С напевами моими.*

*Забвенья прячет их в сундук
Своей рукой бесстрастной.
Не дрогнет ни единый звук
В душе моей безгласной...*

*А сколько ручейков лесных
И сколько звёзд небесных
Любовь и горечь дней моих
Я схоронил в тех песнях*

*Из глубины глубин ко мне
Взмывали эти звуки,
И я с собой наедине
Рыдал от сладкой муки.*

.....

Предлагая эпоним Эминеску, мы высоко чтим память величайшего гения румынской и молдавской литературы. И, может быть, по аналогии с афористической оценкой Пушкина, и в отношении Эминеску эта литература может сказать, Эминеску — наше всё? Ведь только его величают “утренней звездой” и “светочем” национальной литературы. Его звёздным именем освещена трагическая судьба возлюбленной Вероники Микле и вся текущая жизнь Румынии и Молдавии: в памятниках скульптуры и архитектуры, именовании столичных улиц, театров, музеев, в миллионных тиражах литературных изданий, в открытках, почтовых марках, национальных банкнотах и др. символах национальной идентичности и самосознания.

**Виктор Остроглазов,
доктор медицинских наук,
член Российского научного общества
истории медицины**

Валерий абрамкин



Валерий Федорович Абрамкин (1946 – 2013) выдающийся правозащитник, испытавший на себе в течение 10 лет советскую тюрьму, лагеря и ссылку, автор книги “Как выжить в советской тюрьме”. Получил срок в 1979 году по ст. 191.1 (распространение клеветнических измышлений, порочащих советский общественный и государственный строй), когда он, сотрудник МХТИ, инициатор Московского клуба авторской песни, слётов “Воскресения”, начал выпускать журнал “Поиски”. Вернувшись в 1989 году в Москву, стал членом МХГ и со-учредителем российского исследовательского центра по правам человека, создал организацию “Тюрьма и Воля”, преобразованную в 1992 году в “Центр содействия реформе уголовного правосудия”, сдвинувшей косную службу ФСИН в сторону гуманизации. Он обнажил для всех страшную тему: тюрьма, как рассадник туберкулеза.

Стихотворение

*Закроем все окна и стекла заклеим бумагой.
Гуашь разведем. Нарисуем на первом стекле
Весеннее солнце, косой горизонт за оврагом,
Пушистое облако, речку и лес вдалеке.*

*Зеленым узором закроем второе окошко —
Пусть ветви деревьев свисают до самой земли;
Раздвинем траву, проведем голубую дорожку
До серой скамейки под кронами стареньких лип.*

*А в третьем окне будет озеро. Белым туманом
Прикроем от холода тело дрожащей воды
И в зыбком тумане едва различимым оставим
Свет дома на сваях и след ошалевшей звезды.*

*Закончим работу, а после за чаем остывшим,
Распутаем сетку давно позабытых дорог
И даже не вздрогнем, когда за спиной услышим,
Как грохнет по двери железом обитый сапог.*

*Потом, ничего не оставив от нашей работы,
Совсем не от водки, скорей от погрома пьяны,
Они не увидят за окнами черных решеток,
Они не увидят за окнами серой стены.*

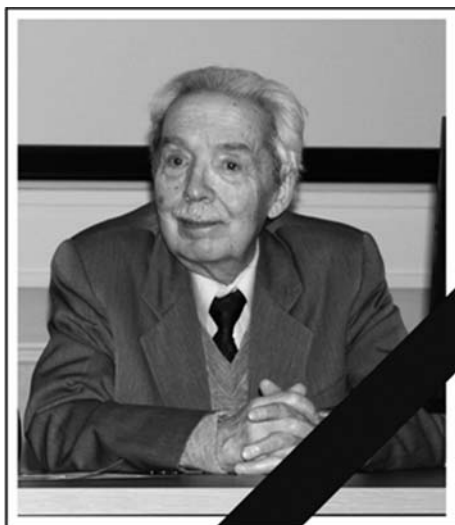
*За нашими окнами будет весеннее солнце
И домик на сваях в тумане у самой воды.
За нашими окнами вспыхнет веселое солнце,
Дорожка, скамейка и свет догоревшей звезды.*

*И, сжав до предела свои побелевшие крылья,
Мы бросимся вниз и взорвемся у самой земли.
И станет понятно, зачем мы все окна закрыли,
Заклеили стекла бумагой, гуашь развели.*

Осень 1976

НЕКРОЛОГ

Модест Михайлович Кабанов (1926 – 2013)



Модест Михайлович Кабанов в течение 38 лет (1964 – 2002) возглавлял Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева — один из центров отечественной психиатрии, сохранивший самобытные традиции Санкт-Петербургской психиатрической школы Балинского — Мержеевского — Бехтерева.

М. М. пережил блокаду Ленинграда 15 – 16 летним мальчишкой, работая на заводе, в силу дистрофии не попал в армию, закончил медицинский институт (1943 – 1948). В 1949 г. был арестован по ложному обвинению в антисоветской агитации, 22 месяца провел в одиночной камере и три года в лагере в Красноярском крае, где работал как психиатр. В 1954 г. реабилитирован.

В 1962 г. защитил кандидатскую, а в 1972 г. докторскую диссертацию, имея непосредственный опыт главного врача диспансера, главного врача психиатрической больницы, главного врача города. Стал проторителем новых путей социальной реабилитации в созданном им в 1966 г. отделении восстановительной терапии психически больных, опыт которого был обобщен в его широко известной монографии, вышедшей несколькими изданиями. Построенная на основе идей системно-динамического подхода, она свела многообразие всех доступных средств в единый

процесс последовательной смены основных этапов. М. М. снискал международную известность. В течение 10 лет (1995 – 2005) был президентом Всемирной ассоциации динамической психиатрии. Автор более 260 научных работ и 11 монографий.

Мне посчастливилось нередко встречаться с М. М., и это всякий раз приносило глубокое удовлетворение общностью позиций. Когда меня в 1974 году ложным оговором заставили уйти из Московского НИИ психиатрии, М. М. позвонил мне с предложением места старшего научного сотрудника в своем институте и квартиры. Когда в 1989 г. небольшая группа энтузиастов организовала НПА России мы с Виктором Лановым, первым президентом Ассоциации, в поисках авторитетной и вызывающей доверие в психиатрическом сообществе фигуры специально поехали в Институт им. Бехтерева предлагать М. М. возглавить Ассоциацию, он отказался. Наконец, в 1992 г. в ходе последней 13-ой посмертной экспертизы генерала Петра Григоренко, где М. М. председательствовал, он не дал представителям Института им. Сербского завуалировать заказной характер двух основных экспертиз генерала в этом учреждении и спасти честь мундира.

Открытость, радушие и полная доверительность в отношениях со мной были проявлением, видимо, какого-то “избирательного сродства”, а в последующем — определенного вакуума в ближайшем окружении. Так или иначе, но всякий раз, бывая в институте им. Бехтерева, а какое-то время я бывал довольно часто, — я всем существом ощущал принципиально другую, чем в московских институтах, атмосферу — по-настоящему демократическую, свободную. Это очень контрастировало с деспотизмом А. В. Снежневского, самодурством А. А. Портнова, казенным духом за показным добросердечием Г. В. Морозова. В который раз я убедился в огромной роли персонального фактора руководителя.

Вклад Модеста Михайловича в отечественную науку, в родной институт, его демократическую атмосферу, в человеческие отношения, конечно, не забудутся.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Ницше Фридрих.* Полное собрание сочинений. Т1/1 — М., 2012
Кассирер Эрнст. Философия просвещения. — М., СПб., 2013
Кассирер Эрнст. Жизнь и учение Канта. — М. — СПб., 2013
Шпет Густав. Философ в культуре. Документы и письма. — М., 2012
Лукасевиц Ян. О принципе противоречия у Аристотеля. — М. — СПб., 2012
Марсель Габриэль. О смелости в метафизике. — СПб., 2012
Деррида Жак. От Вавилона до Холокоста. — СПб., 2012
Подорога В. А. Метафизика ландшафта (С приложением работы Теодора Адорно “После Освенцима”). — М., 2013
Чайковский Ю. В. Лекции о доплатоновом знании. — М., 2012
Агамбен Джорджо. Открытое. Человек и животное. — М., 2012

* * *

- Гален* — О том, что наилучший врач есть также философ. // “Историко-философский ежегодник” — М., 2011
Месяц С. В. — Гете и его учение о цвете. (С приложением первого полного перевода первой из трех частей этого труда.) — М., 2012
Лосев Алексей. Диалектические основы математики. — М., 2013
История тела. В 3-х тт. Под ред. А. Корбена, Ж. Ж. Куртина, Ж. Вигарелло. Т. 1. От Ренессанса до эпохи Просвещения. — М., 2012

* * *

- Перспектив активнаго словаря русскаго языка. (Ред. Ю. Д. Апресян). — М., 2010
Функционально-когнитивный словарь русского языка. Языковая картина мира. (Ред. Т. А. Кильдибекова) — М., 2013

* * *

- Снесарев Андрей.* Невероятная Индия: религии, касты, обычаи. — М., 2012
Ли Генри Чарлз. Возникновение и устройство инквизиции. — М., 2013
Баткин А. М. Личность и страсти Жан-Жака Руссо. — М., 2012
Миллер Джеймс. Страсти Мишеля Фуко. — М. – Ектб., 2013
Сорель Жорж. Размышления о насилии. — М., 2013
Робин Кори. Реакционный дух. Консерватизм от Эдмунда Бёрка до Сары Пэйлин. — М., 2013
Шмитт Карл. Государство. Право и политика. — М., 2013
Канфора Лучано. Демократия. История одной идеологии. — СПб., 2012

* * *

- Загоскин Н. П.* Врачи и врачебное дело в старинной России. (Казань, 1891) — М., 2012
Эдельштейн А. О. Сергей Сергеевич Корсаков. — М., 2012
Лахман Гарри. Карл Юнг: между наукой и мистикой. — М., 2012
Херсонский Б. Г. Клиническая психодиагностика мышления. — М., 2012
Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Психиатрическая служба в России в 2006 – 2011 гг. Динамика показателей и анализ процессов развития. — М., 2012
Ловчев В. М. Алкоголь в европейской культуре. — М., 2012
Кульпина Ю. Э. Генезис пьянства и хулиганства в России. — М., 2011
Кристи Нильс, Бруун Кеттиль. Удобный враг. Наркополитика в Скандинавии. — СПб., 2013

* * *

- Бурцев Владимир.* Борьба за свободную Россию. Вып. 1 т. 1 — СПб., 2012
Фельтшинский Ю., Чернявский Г. Лев Троцкий. (В 4-х тт.: Революционер. Большевик. Оппозиционер.) — М., 2013

* * *

- Бальзак Оноре де.* Кодекс порядочных людей или о способах не попасться на удочку мошенникам. — М., 2012

ABSTRACTS

The expansion of inductive approach on example of anxiety-depressive disorders

Yu. S. Savenko

The work demonstrates that in the main bulk of pharmacological therapeutic publications summarized in concluding work of Prof. S. N. Mosolov in regard to therapy of anxiety-depressive disorders and their co-morbidity has been eliminated the difference between psychotic and non-psychotic disorders, psychotic depressions have been compared with non-psychotic anxiety disorders and researches themselves have been conducted on mixed anxiety-depressive conditions, but not on monomorphous depressive and anxiety syndromes.

In such a case have been unreasonably identified notions of syndrome and cluster as well as co-morbidity of nosological forms and syndrome structures.

In all this is considered the reason for statements about “small productivity” of clinical psychopathological method, which actually had been supplanted by scales, researches only on large extracts and so on instead of in parallel conducted individual researches by phenomenological method on small extracts.

Keywords: co-morbidity of depression and anxiety, therapy of anxiety-depressive disorders, methodology of demonstrative medicine.

Senestopathic component of a set of symptoms of mental automatism

I. D. Darensky, Yu. E. Gorbunov

The extensive frustration of perception of a tactile modality at a set of symptoms of mental automatism testify to presence of its senestopathic variant. The sensory component of a set of symptoms allows to spend differential diagnostics between a schizophrenia, at which the sensations are more elaborate, more variously and are less colorful, and pathopsychoses, when the sensations are more colorful, is more sensual and more particularly.

Keywords: set of symptoms of Kandinsky-Clérambaut mental automatism, sensory automatism, senestopathic automatism, nosological features of a set of symptoms of mental automatism

Some characteristics of aggressiveness in patients with schizophrenia in first psychotic episode

A. I. Erzin (Orenburg)

The study identified some characteristics of aggressiveness and aggressive behavior in patients with paranoid schizophrenia in the first psychotic episode. Prevailing forms of aggression in the studied group — suspiciousness, verbal aggression and guilt. Discovered unconscious aggressive tendencies as personality factors involved in the formation of such patterns of behavior, according to the author, can significantly increase the risk of antisocial behavior. Diagnostic

complex of studies of aggression in patients with schizophrenia is validated.

Keywords: aggression, schizophrenia, first psychotic episode, propensity for violence, projective techniques

Values of modern society through the eyes of the mentally ill

E. M. Leont'eva, O. E. Golovina

Concepts of contemporary society are important part of individual value systems. In this article results of studying of value concepts in a group of conditional norm and in a group of people with mental disorders (patients with schizophrenia) are presented. Results of research of values which examinees designated as relatives are also considered. The comparative characteristic of values of modern society (concepts) and subjectively similar values is given. The phenomenon of valuable dissociation in a group of mentally sick examinees is found. Distinctions in subjective preferences of close values are revealed, the hypothesis of the mechanism of cultural and historical lag from norm of components of value system of patients with schizophrenia is made. The analysis of these distinctions allows to open important features of value system of psychiatric patients that allows to formulate new approaches to the theory of rehabilitation and psychotherapy of such patients.

Keywords: subjectively similar values, the values of modern society, value dissociation, the hypothesis of the historical and cultural backwardness of the norm, the rehabilitation of patients with mental disorders

Schizophrenic defect and Psychotherapy by means of the live doctor's individuality

M. E. Burno

The article dwells some clear improvement of the quality of the soul life of the patients with final states of schizophrenia – with the help of special methods of Therapy by means of creative self-expression by M. Burno.

Keywords: quality of the soul life, Therapy by means of creative self-expression by M. Burno, schizophrenic defect.

Representation of interests of person under examination during forensic-psychiatric evaluation

Yu. N. Argunova

The article deals with norms of legal procedure legislation and legislation for forensic-expert activities regulating question of conditions of permissibility of presence of a representative of persons under examinations and other participants at forensic-psychiatric evaluation. The analysis of legislative publications on health care, limiting rights of persons under examination is given.

Keywords: forensic-psychiatric evaluation, rights of persons under examination, representative of person under examination