

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2015

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
В. А. Кажин
Г. М. Котиков
В. В. Мотов
П. А. Понизовский
В. Н. Прокудин

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Grigori Kotikov
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 21.09.2015. Подписано в печать 28.09.2015. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2015-3-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157
тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157
тел./факс: (499) 258-0828.

© НПА России, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

110-ЛЕТИЕ ПУТЕВОДНЫХ ЗВЕЗД ПСИХИАТРИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Клаус Конрад (1905 – 1961)	5
Виктор Франкл (1905 – 1997)	7

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Клаус Конрад (Геттинген). Гештальт-анализ в психиатрических исследованиях (1960)	9
--	---

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Психическое здоровье населения — Форум журнала “Всемирная психиатрия”	16
Политическая миссия психиатрии — Стивен Прайб (Лондон)	16
Психическое здоровье общества: наука или политика? — Гай М. Гудвин (Оксфорд)	18
Куда движется психиатрия? — Ю. С. Савенко	21
О некоторых оригинальных организационных подходах к терапии аддикции в российской наркологии. Взгляд со стороны — Ф. Б. Плоткин (Минск, Беларусь)	24

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Еще раз о сочетанных формах психической патологии — Б. Н. Пивень, А. А. Примоченок (Барнаул)	34
Почему не заболел пленник? — В. А. Солдаткин (Ростов-на-Дону)	42

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Новый порядок недобровольной госпитализации: коллизии в законодательстве — Ю. Н. Аргунова	55
Анализ законодательства в вопросах допуска к управлению транспортным средством и владению оружием лиц с расстройством поведения, вызванного употреблением психоактивных веществ — Валерий Саетгареев (Новый Уренгой)	64

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Опять в угоду проводимой кампании	66
---	----

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Персонал психиатрических больниц о суицидальном поведении: опыт, осведомленность и отношение — Е. Б. Любов и группа исследователей	69
Детерминанты удовлетворенности трудом специалистов психиатрической службы — Т. Г. Светличная, Е. А. Смирнова (Архангельск)	75
О границах и последствиях использования нравственных оценок при диагностике личностных аномалий — Б. В. Воронков (Спб)	82

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

Завершение пути Льва Тарасевича — В. Д. Тополянский	87
---	----

ХРОНИКА

95-летие Московского НИИ психиатрии	97
Московское общество психиатров накануне съезда	98
Очередная атака на закон	98
Психиатрическая служба Нижнего Новгорода и Тамбова в эпоху кризиса	99
Зачем восстанавливать дееспособность обитателям психоневрологических интернатов	101
Вклад НПА России в развитие бесплатной юридической помощи людям с психическими расстройствами	102
Семинар для органов опеки и попечительства в Пскове	104

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

66-й сонет Шекспира, 1609 г.	105
--------------------------------------	-----

РЕКОМЕНДАЦИИ	106
------------------------	-----

АННОТАЦИИ	107
---------------------	-----

Contents

110-TH ANNIVERSARY OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY LODESTARS	
Klaus Conrad (1905 – 1961)	5
Viktor Frankl (1905 – 1997)	7
FROM THE CLASSICAL HERITAGE	
Klaus Conrad (Göttingen). Gestalt analysis in psychiatric researches (1960)	9
ACTUAL PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Public Mental Health — Forum of the Journal “World Psychiatry”	16
The political mission of psychiatry — Stefan Priebe (London)	16
Public mental health: science or politics? — Guy M. Gudvin (Oxford)	18
Where psychiatry moves to? — Yu. S. Savenko	21
About some of the original organizational approaches to the treatment of addictions in Russian narcology. Outside point of view — F. B. Plotkin (Minsk, Belarus)	24
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Once again on the combined forms of mental pathology — B. N. Piven, A. A. Primochenok (Barnaul)	34
Why not a prisoner fell ill? — V. A. Soldatkin (Rostov-on-Don)	42
PSYCHIATRY AND LAW	
New order of involuntary hospitalization: collisions in legislation and means of their solving — Yu. N. Argunova	55
Analysis of legislation in questions of admission to driving and of possession of weapons by persons with behavioral disorders caused by use of psychoactive substances — Valery Saetgareev (Novy Urengoy)	64
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Again for the sake of the campaign	66
SOCIAL PSYCHIATRY	
The staff of mental hospitals on suicidal behavior: the experience, knowledge and attitudes — E. B. Lyubov and the Research group	69
Mental hospitals personnel job satisfaction and factors determining it — T. G. Svetlichnaya, E. A. Smirnova (Arkhangelsk)	75
On the limits and consequences of using moral judgments in the diagnosis of personality abnormalities — B. V. Voronkov (St. Petersburg)	82
HISTORY OF PSYCHIATRY	
Completing the path of Lev Tarasevich — V. D. Topolyansky	87
CHRONICLE	
95-th anniversary of the Moscow Research Institute of Psychiatry	97
Moscow Society of Psychiatrists on the eve of the Congress	98
Another attack on the Law	98
Psychiatric service of Nizhny Novgorod and Tambov in times of crisis	99
Why restore capacity of neuropsychiatric boarding inmates?	101
IPA of Russia contribution to the development of free legal assistance to people with mental disorders	102
Seminar for the guardianship authorities in Pskov	104
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
The 66-th sonnet by Shakespeare, 1609	105
RECOMMENDATIONS	106
ABSTRACTS	107

110-ЛЕТИЕ ПУТЕВОДНЫХ ЗВЕЗД ПСИХИАТРИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Клаус Конрад (Klaus Conrad, 1905 – 1961)



В лице Клауса Конрада психиатрия имела редкий пример интеграции невропатолога и психиатра, клинициста и ученого, экспериментатора и теоретика, сочетания категориального и дименционального подходов. И это пример выдающейся результативности такой интеграции в гештальт-теоретическом ключе. Свой труд “Начинающаяся шизофрения” Конрад позиционирует как продолжение общей психопатологии Карла Ясперса и Гейдельбергской школы, многообещающая деятельность которой была “преждевременно прекращена по понятной причине”, а впоследствии не развивалась в силу ошибочного представления, что психопатологические исследования исчерпаны, словно они могут быть исчерпаны, тогда как феноменологические анализы приобрели еще большую актуальность.

Клаус Конрад родился в Райхенберге, учился в Вене (Otto Pözl, Otto Marburg) и Лондоне. Работал ассистентом в Вене, Мандебурге, Париже и Мюнхене, где в 1938 г. закончил докторантуру (Eduard Beck). С 1940 г. — член NSDAP. С 1946 г. — главный врач клиники Эрнста Кречмера в Тюбингене. С 1948 г. — ординарный профессор психиатрии и неврологии Саарского университета в Гомбурге-Саар. С 1958 г. и до своей трагической смерти в 56 лет (1961 г.) — в Геттингене. Так безвременно уходили из жизни надежды психиатрии: А. Гельб в 49 лет, Н. Петрилович в 46 лет.

Конрад — автор трех выдающихся монографий: “Наследственный круг эпилепсии” (1939), “Конституциональные типы как генетическая проблема” (1941) и “Начинающаяся шизофрения. Опыт гештальт анализа бреда” (1958), и множества пионерских работ развивавшегося им гештальт-теоретического направления, крайне упрощенно, даже неадекватно излагаемого в словарях. Он описал также хронический тактильный галлюциноз.

Ясперс называет выдающимся исследование Конрада 1939 г. по генетике эпилепсии, показавшее высокий уровень наследственной отягощенности, и обильно цитирует его в “Общей психопатологии”.

Еще подробнее, десятками страниц, он обсуждает результаты исследования Конрадом конституциональных типов. Признавая свою ошибку в отношении тона в адрес концепции Э. Кречмера, он — тем не менее — не меняет своей позиции по существу. Излагая и отдавая должное “ясности и изяществу” принципиально новой концепции Конрада, Ясперс подчеркивает, прежде всего, ее теоретико-интерпретационный характер в отношении изначально нерешаемой проблемы: “невозможно классифицировать людей”. Но после Карла Поппера мы знаем, что одним из основных критериев продуктивности любой концепции является вызываемая ею дискуссия. Действительно, в результате критического обсуждения Ясперса обнаружился и прояснился целый ряд новых проблем.

Когда Ясперс пишет в “Общей психопатологии”, что “непревзойденное описание” Э. Кречмера типов телосложения и характера “суть интуитивно воспринимаемые формы, которые обогащают и проясняют наше видение подобно искусству (и оказывают на нас непосредственно убеждающее действие), но отнюдь не так, как это должна была бы делать система научных понятий... (что) не позволяет нам делать какие бы то ни было выводы”, он повторяет и цитирует Конрада. “Вместо этого подсчитывают частоту совпадений... на место *существенной связи* выдвигают всего лишь *внешнюю корреляцию*, что означает радикальную смену курса... Метод поиска корреляций порождает тип познания, который принципиально отличен от физиогномического исследования”. Конрад, признававший большую роль физиогномических качественных характеристик, сочетал оба подхода. Ясперс не менее жестко, чем Кречмера, критикует Конрада. Но критика, даже сама возможность критики, не только необходима, она знак трамплина для очередных

исследований. Именно поэтому, по словам Ясперса, “исследования Крепелина, Кречмера, Конрада оказались столь значимыми для нашей науки”.

“Учение о конституции, — пишет Ясперс, — вступило в новую фазу, благодаря примечательному труду Клауса Конрада, который не только модифицирует Кречмера, но и разрабатывает радикально новую форму теории... Прежде всего Конрад (соглашаясь со мной) критикует статистику типов; далее, следуя принципу противопоставления полярностей, он разрабатывает новую схему типов; и гипотетически реконструирует процессы развития [как результат реакции тканей на тормозящее (консервативное) или полярное ей ускоряющее (пропульсивное) влияние гормонов], сообщая своей схеме новое, особенное значение...”. “Для Конрада любые типы относительны, частичны и преходящи”, а “тип обретает смысл только в отношении к противоположному типу”. Он выделяет три основные группы типов телосложения: лептосомный — пикнический, гипопластический (астенический) — гиперпластический (атлетический), и диспластические формы роста эндокринной этиологии и дефектные структуры.

Исследование Конрада существенно продвинуло научную разработку этой проблематики. Он распространил на мужчин предложенную E. Glaesmer (1930) для женщин дополнительную антропометрическую ось, фиксирующую степень развития подкожно-жировой клетчатки (включая грудные железы) — “гипопластический — гиперпластический”, имея в виду не только жировую, но также мышечную и костную ткани. Второе издание его “Конституциональных типов” было первым исследованием, в котором количество мужчин и женщин было сопоставимым. В отличие от художников и скульпторов, антропометрическая квалификация женщин долго не поддавалась ученым. Кречмеровская типология, опиравшаяся только на вариации опорно-двигательного аппарата, оказалась малопригодной. Потребовалось дополнительное измерение, которое Конрад посчитал необходимым сделать универсальным, что решало проблему промежуточного пола. Конрад предложил пользоваться двумя индексами — “метрическим” (рост, ширина и сагитальный размер грудной клетки) и “пластическим” (биакромиальное расстояние, окружность кисти и наибольшая окружность предплечья возле локтя).

С 1947 г. Конрад развивает гештальт-аналитическое (гештальт-теоретическое) направление исследований, которое представляет выход за пределы гештальт-психологии. Эти исследования начались в области афазии и агнозии еще с 1920-х годов Куртом Гольдштейном и Адемаром Гельбом, первый из которых, независимо от гештальт-психологической школы, а второй как ее представитель, пришли к тем же закономерностям и распространили их на нейропсихологию и психопатологию. Всех их объединял феноменологический подход. С афазии начал и Конрад. В пределах психопатологии он выделил “нарушения

дифференциальной гештальт-функции” и “нарушения интегральной гештальт-функции” (“распад гештальта”). Используя понятия, введенные Генри Хедом (H. Head) для чувствительности, Конрад говорит о потере эпикритической, при сохранении протопатической формы переживания или о “протопатической гештальт-перемене”, которая распространяется и на когнитивную сферу (“трема”), при которой в равной мере нарушались как интегративные, так и дифференциальные гештальт-функции.

Разработанный Конрадом категориальный аппарат гештальт анализа позволил конгруэнтно описать амнестический синдром, а затем феноменологию возникновения и становления шизофренического процесса и одновременно объяснить и прогнозировать дальнейшую динамику его развития, исходя из общих закономерностей гештальт-изменений.

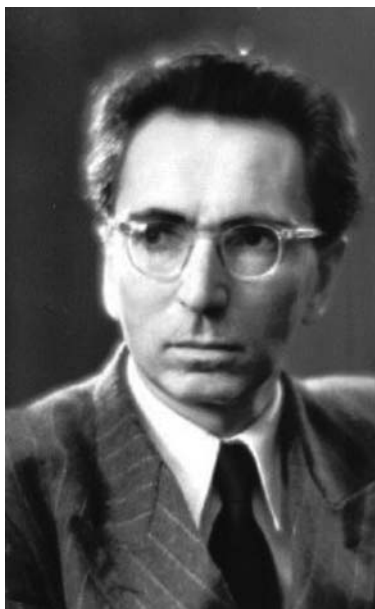
Гештальт анализ переживания шизофренического психоза обнаруживает вслед за “тремой” ненормальное сознание особого значения — “апофению”, а спустя год и больше еще и сознание пребывания в центре мировых событий — “анастрофе”. Их закономерная последовательность дала основание говорить о возвращении концепции единого психоза, тогда как Конрад в последующих работах подчеркивал, что это касается общей гештальт-теории, тогда как разработка частной, дифференциальной гештальт-теории еще только предстоит. Главным признается динамический подход: в какой последовательности развивается и через какие фазы проходит патологическое состояние. Детальный гештальт анализ неузнавания личности, бредовых восприятий и других нарушений в процессе синдрома Конрад впервые представил в 1952 г. и окончательно — в знаменитой монографии 1958 г., а в 1960 г. — в главе “Симптоматические психозы” в томе “Клиническая психиатрия” под редакцией Ганса Груле, Рихарда Юнга, Вилли Майер-Гросса и Макса Мюллера (2 том “Psychiatrie der Gegenwart”).

Как известно, “Начинающаяся шизофрения” сыграла выдающуюся роль и в концепции московской психиатрической школы А. В. Снежневского, но не могла быть усвоена адекватным образом из-за совершенно различного общемировоззренческого контекста. Хотя и Карл Вильманс, и Адемар Гельб, и Николай Гартман были с российскими корнями, именно феноменологическая основа, объединившая их всех и Конрада, препятствовала этому.

Использование разработанного Конрадом гештальт-аналитического категориального аппарата на клиническом уровне послужило бы и в наше время преодолению устаревших психологических стереотипов в ткани клинического мышления, которые не просто тормозят, а искажают существо текущих процессов и отношений. Представления, развитые Конрадом, явственным образом опережая время, соответствуют самым современным топологическим и синергетическим моделям.

Ю. С. Савенко

Виктор Франкл (Viktor Frankl, 1905 – 1997)



Сама жизнь Виктора Франкла, его жизнетворчество выковало выдающееся психотерапевтическое направление — логотерапию, которая с необыкновенной ясностью подчеркнула фундаментальную роль Смысла в психотерапии. И как это не раз уже бывало, после этого можно было увидеть в ретроспективе подспудное присутствие этой идеи у множества предтеч.

Это стало содержанием учения Третьей венской школы психотерапии. Франкл непосредственно прошел первые две школы. Еще школьником он вступил в переписку с Фрейдом, который отвечал ему и даже направил его, еще старшеклассника, первую работу в “Международный журнал психоанализа”. И все же он предпочел индивидуально-психологическую школу Адлера, так как разделял его марксистские убеждения. В 19 лет он — староста австрийского отделения “Социалистического союза рабочей молодежи”. Следующая его научная работа была принята Адлером в “Международный журнал индивидуальной психологии”. Таким образом, он фактически переболел психологизацией и социологизацией. Оба эти редуционистские направления представляли детерминистскую концепцию человека, отказывающую ему в свободе воли. Учась у пациентов, Франкл перешел на сторону феноменологии в лице Макса Шелера (1929) и Николая Гартмана, а также идей Карла Поппера. Проявленная им самостоятельность (он в частности утверждал, что невроз всегда является “лишь средством достижения цели”) повлекла исключение из фрейда Адлера (1927), ввергнувшее его в состояние кризиса, растянувшегося на 20 лет из-за национал-социалистического режима, пребывания в 4 концлагерях, а по освобождении известия о гибели всех близких.

Тем не менее, уже с 1926 г. возникает его идея и само понятие логотерапии (от “Логос”, т.е. духовное первоначало, мировой разум), а в 1927 г. он излагает ее в книге “Врачевание души”, которая, однако, увидела свет только в 1946 г. Истоком послужил с чрезвычайным радикализмом переживаемый им с ранней юности вопрос о смысле жизни и его активная деятельность по предотвращению суицидальных попыток у молодежи. Многочисленные публикации в основанном им журнале “Человек в повседневности” (1927), яркие лекции в Народном университете, обнаружившие незаурядный ораторский талант, доклады в Берлине и Будапеште и учреждение в 1928 г. молодежных кризисных центров консультирования в Вене, Дрездене, Цюрихе, Праге и других городах и руководство ими вплоть до аншлюса Австрии в 1938 г. В Вене это позволило пресечь попытки самоубийства среди выпускников школ. Отчаянно борясь за жизнь некурабельных суицидентов, он лечил их внутривенным и субокципитальным введением первитина, продлевая им жизнь на несколько дней.

С 1930 г. Франкл заканчивает обучение и работает психиатром и психотерапевтом в университетской клинике Отто Пецля (Otto Pözl). В 1939 г. после десятилетней практики он публикует работу о методе парадоксальной интенции. С 1940 г. он заведует неврологическим отделением еврейского госпиталя Ротшильда, что отсрочило на два года его отправку в концлагерь. Здесь с помощью проф. Пецля он спас немало психически больных, переправляя их в дома престарелых. Он не воспользовался визой в США, которая истекла в 1941 г., не желая бросить родителей. В 1942 г. его с родителями и женой депортировали в концлагерь Терезиенштадт, недалеко от Праги, наиболее либеральный, где еще можно было заниматься творчеством, где заключенные могли читать окружающим лекции. Здесь на его руках умер отец. В 1944 г. его перевели в Освенцим, где пальто с зашитой в подкладку рукописью первой редакции логотерапии пришлось сдать.

Выжить помогла череда поразительных случайностей и опыт голодного отрочества в годы Первой мировой войны, оставившей в нем неприязнительность, способность удовлетворяться самым необходимым, но прежде всего, чувство призвания, даже избранности, как ведущего родословную от знаменитого Махарала — рабби Лева в Праге XII века, глубокая религиозность, верность вере Моисея. “Бог есть собеседник наших самых интимных разговоров с самим собой”.

В 1945 г. Дахау был освобожден американскими войсками, Франкл был назначен главным врачом лагеря и только спустя три месяца вернулся в Вену. Здесь он узнал о гибели перед самым освобождением жены, а потом гибели матери, брата и ближайших друзей. Это так ошеломило его, что окружающие, боясь, что он покончит с собой, завалили его ответственной работой и буквально заставили стать главным

врачом неврологического отделения Венской поликлиники, которую он возглавлял 25 лет.¹

За первые 9 дней он надиктовал одну, а потом дру- гую свои главные книги. Он восстанавливает текст ло- готерапии и в 1946 г. публикует “Врачевание души”. Тираж был мгновенно распродан. В 1948 г. вышло пя- тое издания, и эта работа была признана докторской диссертацией по неврологии и психиатрии. Ее тогда же перевели на 8 языков. В 1949 г. ему присудили сте- пень доктора философии за книгу “Подсознательный Бог”. Но книга “Психолог в концлагере”, изданная в 1946 и 1947 годах не вызвала интереса и пошла на ма- кулатуру. Только спустя 12 лет, в 1959 г., по рекомен- дации Гордона Олпорта она была переведена на ан- глийский язык и за 6 лет переиздана 14 раз под названием «И все же сказать жизни “Да”». 1995 г. только в США вышло более 9 миллионов экзем- пларов. Она стала одной из 10 самых влиятельных книг в Америке. Вскоре и в немецкоязычных странах она стала такой же популярной. Карл Ясперс назвал ее *document humain*, т.е. свидетельством человечности, что можно сказать “о немногих книгах человечества”. Габриель Марсель написал предисловие к француз- скому изданию, а Мартин Хайдеггер специально по- сетил его. Франкл не живописует ужасы, не обвиняет и не жалуется, он сосредоточен на преодолении непереносимого.

Франкл часто плыл против течения. И после вой- ны он боролся против идеи коллективной вины и прес- ледования людей “народными судами” и даже пря- тал нескольких коллег у себя в квартире. Он приводил примеры гуманного поведения некоторых эсэсовцев. Но когда правые политические лидеры пытались ис- пользовать его авторитет, он дистанцировался от них.

По предложению Кречмера и Пецля он организо- вал и 37 лет возглавлял австрийскую секцию Между- народного общества врачей-психотерапевтов. В 1961 г. по приглашению Г. Олпорта Франкл выступил с лек- циями в Гарвардском университете, а потом еще в 207 университетах по всему миру. Франкл был соредак- тором (совместно с Виктором фон Гебзаттелем и Йоха- несом Шульцем) пятитомного “*Handbuch der Neurosenlehre und psychotherapie*” (1959 – 1961), пере- изданного в сокращенном виде (в двух томах) в 1972 г. В 1981 г. в Сан-Диего прошел Первый всемир- ный конгресс по логотерапии. Общества логотерапии были созданы во многих странах. Франкл написал 31 книгу и более 400 статей, его работы переведены на 24 языка. О логотерапии к 1995 году вышло более 130 книг, более 150 диссертаций, более 1300 статей. Франкл самый увенчанный славой психиатр и психотерапевт. Ему 28 раз присуждали звание почетного доктора.

Франкл понимал под логотерапией психотерапев- тический метод, а под экзистенциальным анализом — его теорию, но с 1960-х годов отказался от последнего термина во избежание смешения с подходами Людвиг

га Бинсвангера и Медарда Босса. Франклу наиболее близка была философия Ясперса, которую можно рас- сматривать как глубокую и ясную философскую ос- нову логотерапии. Франкл говорил, что его понятие самотрансценденции равносильно понятию комму- никации у Ясперса, а Хайдеггер отождествил его со своим понятием бытия-в-мире. Не стремление к удо- вольствию (Фрейд), и не воля к власти (Адлер), а “воля к смыслу”, ответственность перед смыслом, способность к активному выбору, активной позиции являются центральными для личности. Бессмыслен- ный труд — величайшее наказание человека.

Логотерапия представляет отдельное направление психотерапии. Логотерапия — это индивидуальный метод, фактически психогигиена, т.е. душевное руко- водство. Она не годится для применения в группе и должна быть матрицей системы различных приемов, в частности, разработанных Франклом методов пара- доксальной интенции и дерефлексии. Логотерапия с ее понятиями “экзистенциального вакуума”, “нооген- ных неврозов”, “упрямства духа” действует как миро- воззренческая терапия, иммунизирующая против ни- гилизма. Очень многим, в том числе известным политическим деятелям, работы Франкла помогли пе- ренести тюремное заключение и другие невзгоды. Франкл гордился своей недогматичной открытостью. Он предпочитал не возглавлять никакие логотерапев- тические объединения, т.к. опасался, что они уподо- бятся основанию церквей, когда сразу “возникает проблема правоверного исповедания”.

Заслуга приглашения Франкла в 1985 г. с курсом лекций на психологическом факультете МГУ принадле- жит Дмитрию Леонтьеву, внуку лидера отечественной психологии А. Н. Леонтьева и сыну основоположника отечественной психолингвистики А. А. Леонтьева. А ему и Леониду Гозману — заслуга издания в 1990 г. первого сборника трудов Франкла “Человек в поис- ках смысла”, что успело порадовать автора, написав- шего проникновенное обращение к читателям. “На меня огромное влияние оказали, — писал Франкл — сочинения Достоевского и Толстого, которых я по- стоянно цитирую. Не удивительно поэтому, что я убе- жден, что страдание, вина и смерть — названные мною “трагическим триединством человеческого су- ществования” — ни в коей мере не умаляют смысла жизни, но наоборот, в принципе всегда могут транс- формироваться во что-то положительное”. И завер- шил словами Р. У. Эмерсона: “Есть лишь одна честь — честь оказать помощь...”. Виктор Франкл и Лев Выготский буквально одними и теми же словами про- тивопоставляют глубинной психологии вершинную психологию, которую следует всемерно развивать.

И по прошествии 30 лет нельзя забыть удивитель- но интимный — вопреки стечению множества слуша- телей — характер этих замечательных лекций 80-ти летнего Франкла. Любитель скалолазания и альпи- низма, он в 67 лет обучился летному делу, а за год до смерти, 91-летним, выступил на Первом всемирном конгрессе по психотерапии в Вене.

¹ До В. Франкла главными врачами были Отто Калдерс (1934 – 1935), Ганс Гофф (1935 – 1938), Оскар Гагель (1940 – 1945).

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Гештальт-анализ в психиатрических исследованиях

Клаус Конрад (Klaus Conrad)

Геттингенская университетская нервная клиника

(Доклад, сделанный в обществе психиатров и невропатологов 20 января 1960 г. Цюрих)

В немецкой психиатрии происходит в настоящее время своеобразное внутреннее брожение. Понятия, которые еще совсем недавно казались вполне определенными, кажутся ныне неясными и имеют иное значение; нозологическая система, разработанная в основном Крепелиным, объявлена почти полностью устаревшей; и, наконец, поставлены под сомнение многие основные положения психопатологии Ясперса — фундамента немецкой психиатрии, как например, различия между объяснением и пониманием, развитием и процессом, причинными и понятийными связями.

Этот процесс брожения старшее поколение встретило озабоченно, а молодежь — с радостью. Старики в своей озабоченности считают, что кажущийся хорошо законсервированным сок может быть испорчен брожением, молодежь, напротив, уверяет, что брожение — необходимое условие для получения хорошего вина.

Этот переворот в нашем психиатрическом мышлении приписывают вторжению психоанализа, с которым немецкая психиатрия уже давно боролась, отбивая все его атаки, и так и не допустила его к себе. Благодаря этому психиатрия неизбежно устаревала и нечего было удивляться, что новые революционные мысли Фрейда и анализ Юнга, которые между тем распространились по всему миру, проникали и в немецкую психиатрию и вызывали на недостаточно подготовленной почве известную путаницу.

Все это, в самом деле, сыграло известную роль. Но я не верю, что революция, вызванная этим брожением, исходила из психоанализа Фрейда или его учеников. Ибо и немецкая психиатрия с самого начала восприняла идею психоанализа, разработала ее, переняла его основные понятия, и упрек в том, что мы ничего не знали о психоанализе, — несправедлив. В конце концов, Фрейд писал на немецком языке, его произведения были общедоступны и просто нельзя себе представить, почему бы немецкая психиатрия должна была отвернуться от такого важного движения.

Но кое-что в этом утверждении правдоподобно: немецкая психиатрия, под сильным влиянием психо-

патологии Ясперса, а точнее — его методологии, с самого начала имела определенные методические возражения против психоанализа и, прежде всего, против лежащей в его основе психологии, в сущности, устаревшей, ассоциативно-теоретической, перегруженной чудовищно большим количеством гипотетических, недоказуемых и просто надуманных теорем.

Как раз в то же время, когда появились первые психоаналитические работы Фрейда, а именно на рубеже века, в полной тишине — это выражение, в противовес многошумному выходу на сцену психоанализа, очень кстати, началась, придя совсем с другой стороны, великая революция в психологии, затронувшая и пограничную с последней философию, революция, которую можно сравнить по ее значению с великими переворотами прошлого. Именно эта революция, но моему глубокому убеждению, послужила началом брожения также и в немецкой психиатрии, о чем и пойдет речь ниже.

У этого нового движения имелось, естественно, множество корней и немалое число людей подготовляло его. Одновременно с эпохальным выступлением Фрейда, в начале нашего века два мыслителя, стоявшие на разных позициях, занимались своеобразным феноменом, который воспринимается не только как чувственно-ощутимая вещь, но одновременно и как сущность образа, так, можно знать определенное качество, стоящее в стороне от чувственного восприятия. Возьмем, к примеру, косулю, этот, с точки зрения зоологии, своеобразный комплекс, приблизительно описываемый понятиями “грация” или “ощущающая боязнь”, которые мы встречаем не только в зоологии, как очень метко заметил Бинсвангер, но и при взгляде на молодых девушек, которые взглядом или походкой напоминают косулю. Нечто схожее ощущаем мы и при восприятии мелодичных образов, дающих нам гораздо больше, чем простая сумма тональностей, а нечто целое с очень специфическими свойствами: подъем, падение или шествие, отчаянно веселое, патетически серьезное и т.д.

Философ Эдмунд Гуссерль развил около 1900 года в своих логических исследованиях понятие “категориального усмотрения”, как противоположности чувственному восприятию. Феномены, которые мы воспринимаем, как категориальное усмотрение, он назвал сущностью и противопоставил ему сущность — бытие, как выражение реального существования; речь здесь идет также не об идеях в духе Платона, скорее категориальное усмотрение сущности находится по ту сторону познавательно-теоретической противоположности реальной идеи. Конечно, это не имеет ничего общего с ассоциацией, к чему были склонны психологи ранее, так, будто бы определение “чувственные элементы” ассоциируются с косулей, которая приходит на ум при взгляде на юную девушку.

Отсюда начинается развитие науки о феноменах сознания, учение о феноменологии, которое завоевало сто лет спустя, как феноменологическая антропология или анализ бытия, также и психиатрию.

Другой мыслитель, психолог Христиан фон Эренфельс (редкий случай: три видных фигуры современной психологии Фрейд, Гуссерль и фон Эренфельс родились почти в одно время и в одном месте с радиусом в 80 км) точно описал схожие своеобразные феномены, при взгляде на косулю с позиций психолога и назвал их гештальт-качеством, так озаглавлена его фундаментальная работа, появившаяся в 1895 году. Он выбирал особые мелодии для того, чтобы развить понятие вида, который представляет собой нечто большее, чем сумма частей его составляющих. Подъем и падение, отчаянно-веселое и патетически-трагическое являются такими свойствами вида, как например, “косулевидный” или “кафедральный” и т.д., о чем Бинсвангер упомянул в своем труде о феноменологии, не думая, впрочем, об этих психологических корнях феноменологической революции. С этого фундаментального понятия гештальт-качества начало свое развитие в кругах философской школы Граца (Мейнонг, Бенусси) понятие гештальт, опираясь на которое Вергтаймер, Келер, Коффка, Мецгер строили свою, ориентирующуюся на теории гештальта, но сопровождающуюся экспериментом психологию, развитую затем Левиным в психологию действия и аффекта.

Два, столь различных пути развития общего разделяет метода: удаление от старой психологии ассоциаций, ограничение анализа содержанием сознания, имманентным сознанию, в то время как всё надуманное, выносящее приговор, отражающее размышление, все знания и, конечно, всё относящееся к соматическому, к функции мозга, отбрасывается. Но если сопоставить различные пути и обе разновидности развития, то окажется, что это новое феноменологическое мышление, которое является одним из величайших научных переворотов, может стать очень полезным и для психопатологии.

С одной стороны, переключаясь с учеником Гуссерля Хайдеггером, Бинсвангер последовательно и тщательно продумав все возможности, показал все это в своем анализе бытия. С другой стороны, подошел к этой проблеме я сам, правда, в довольно неопределенном общем плане, и определил это предварительно, как гештальт-анализ. Так как феноменологически экзистенциально-онтологическая философия Хайдеггера не противоречит теоретически гештальт-психологии, то и анализ бытия не отвергает гештальт-анализ, напротив того, эти две разные “дороги, ведущие в Рим”, из которых первая — широкая магистраль, а вторая — пока что едва видимая полевая тропинка.

Как уже неоднократно говорилось, особенно часто Бинсвангером, дело в том, чтобы устранить устаревшее психологическое учение об объективно-субъективном делении мира. Исходя из этого учения человеческое существование концентрируется только в субъекте, в котором разыгрываются всевозможные процессы, события, функции, обладающие определенными свойствами, которые ясно себе представить только теоретически и которые встречаются только в объекте и могут быть объяснены во взаимосвязи с другими субъектами.

Своим учение о “Бытие-в-мире”, как трансценденции, Хайдеггер, по многочисленным замечаниям Бинсвангера, отступил от членений на субъективность — объективность (знания), устранил “пропасть” между Я и Миром и, осветив структуру субъективности, как трансценденции научного исследования человеческого бытия, вдохнул в нее новую жизнь.

Главное понятие здесь — это “существование, как схема мира”, “мир” — в смысле способа, которым познается существующее. Душевные заболевания, таким образом, — это отход от фундаментальной или сущностной структуры, как превращение ее в Бытие-в-мире. Методически речь здесь, следовательно, идет о “внутренней жизненной истории”, ее изучении, истолковании и реконструкции, из чего была сделана попытка постичь клинически “симптомы” частичного деления этого непрерывно изменяющегося мира и формы существования общего Бытия-в-мире больных. Это был “всегда один и тот же проект мира, который выступал в спонтанных, языковых выражениях, в ассоциативных экспериментах, в рисунках, а часто и во сне”. Гештальты этих превращений походили на суживание, опорожнение или выдалбливание бытия, от его полноты не осталось ничего другого, кроме большой бездонной дыры, которую надо было по животному наполнить, инстинктивным заполнением желудка (Эллен. Вест), или сокращением функций до механических категорий давления и удара (Юрг. Цунд), или интимностью и враждой (Лола Фосс), или непрерывностью и промежуточностью, как случаи фобии прикосновения у маленьких пациентов. Дело в постоянном присутствии определенно-

го вида превращения — иногда редукции — существования, как бытия-в-мире.

Подобная цель, а именно — устранение раскола на субъективность-объективность достигается и с другой стороны. Это достигается понятием “гештальт”, которое играет здесь такую же роль, как там понятие “существование”. Ибо гештальт также объективен в естествознании, как “идея” у Платона, и объективна настолько, насколько внутренний мир принадлежит субъекту. Гештальт — это то, что возникает на границе между субъектом и объективным миром, причем возникает непрерывно. Поле восприятия образует гештальт, по иному мы не можем воспринимать “мир” — много форм, которые кажутся независимыми от субъекта; и все же форма не объективна, а неразрывно связана с субъектом. О гештальтах мы не можем говорить, не упоминая о видовом субъекте и о видовом мире. Правда, я, как воспринимающее и действующее лицо, нахожусь в мире форм, в объективности которых я, обычно, не сомневаюсь, но все время снова должен узнавать, что я — это то, что образует вид. Бытие-в-мире, как трансценденция по Хайдеггеру, — не единственный путь преодоления неприязни, о чем и говорил Бинсвангер.

Различие в этих двух дорогах в том, что одна идет от широкого горизонта, который образует “существование” как проект мира, другая же дорога берет свое начало от частных, образующих “гештальт”, и лишь потом достигает всеобщности.

И “существование”, как бытие-в-мире, в конце концов лишь производное от мира в самом широком смысле этого слова, и, наоборот, “гештальт” ничто иное, как схема мира: если я представляю себе одну из известных фигур, которыми занимаются гештальт-психологи, в виде кубика или шестиугольника, треугольника или ромба, то я проецирую мир. Все это не объективно и всегда — только оправа субъекта. Наконец, это свойственно всем частям мира.

Если мы приблизимся гештальт-аналитически к проблемам психопатологии, то в соответствии с постановкой задачи необходимо действовать “снизу вверх”, а не “сверху вниз”; история жизни больного будет последним, что нас занимает, а не на переднем плане, как в аналитике существования. Мы на самом деле можем при симптоме вмешаться, вместо того, чтобы отступить. Уже поэтому постановка этой задачи может оказаться для целей клинической психиатрии довольно плодотворной, несмотря на сомнения, которые мы не можем подавить в отношении тоталитарных притязаний феноменологической антропологии, чтобы понять когда-либо существование. Итак, наши сомнения относятся не к феноменологическому, а больше к антропологическому участию в этой формулировке.

Если мы начнем с симптома, то мы столкнемся, естественно, с требованиями, схожими с любым феноменологическим методом: описывать только имма-

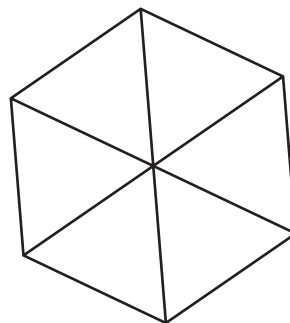


Рис. 1

нентное сознание и ограничиться объяснением таких понятий, как, ассоциация и т.п.

Возьмем, к примеру, симптом персонификации. Больному объективно чужие лица, окружающие его в больнице, кажутся сплошь знакомыми, что мы часто встречаем при развитии шизофренических психозов. Исходя из стремления любого феноменологического исследования проникнуть вглубь переживаемого, мы пытаемся испытать нечто подобное, представив себе объективно незнакомого человека знакомым. Каждый испытывал подобное заблуждение: в сумерках, на большом расстоянии (т.е. при незначительном угле зрения), в спешке (т.е. при тахистоскопической экспозиции), например, на вокзале, где подвергаешься одновременно воздействию многочисленных факторов. Мы так называем этот вид помех оптимальных условий восприятия при ослабленном возбуждающем воздействии: нам видятся вместо чужих физиономий лица наших знакомых. При этом необходимо определенное сходство физиономий, осанки, фигуры, одежды или моторики, причем феномен сходства тотчас оказывается особенно интересной гештальт-проблемой. Мы можем начать экспериментировать, например, экспонировать типы физиономий тахистоскопически и исследовать испытуемых, чтобы выяснить при каких обстоятельствах возникает подобное неузнавание. Мы выясним тогда, что у здоровых людей, в условиях ослабленной возбудимости сильнее проявляется физиономическая схожесть, но и при острых психозах эта способность тоже повышается, как и при восприятии при слабой возбудимости. Итак, в этих условиях уменьшается способность производить различия в физиономиях, т.е. дифференцировать лица. Кажется, что субъекту в этих условиях представляются лица из его окружения так же, как европейцу открываются среди лиц китайцев, идентичных которым он никогда не видел, лица “знакомых”, при виде которых он, по крайней мере, испытывает сомнения, не познакомился ли он с ними только “вчера”. Гештальт-психология говорит в данном случае об уменьшении степени прегнантности. Чем больше развивается прегнантность у индивидуума, тем тоньше его способ-

ность производить физиономические различия. Это достигается простым обхождением с многообразием явлений, для чего не нужна особая интеллектуальность; я вспоминаю только об одном пастухе, который отличал одну от другой каждую из своих 1000 овец. Способность различать лица, принадлежащие к собственной расе, развита у здоровых людей очень сильно, т.е. они обладают практически бесконечно большим числом прегнантных ступеней. Значительная редукция этого при острых психозах — в высшей степени ненормальный симптом, который указывает на резкое изменение структуры поля восприятия при психических заболеваниях. Начиная с этого, мы будем отслеживать симптомы восприятия, чтобы обнаружить сходные изменения структуры и законы гештальт-отклонений при психотических переживаниях. Только тогда мы достигнем обоснованной диагностики.

Очевидно, что наш подход совершенно иной чем при анализе существования. Куленкампф установил симптом неузнавания личности у одной из своих больных, основным нарушением у которой было болезненное расстройство функций симпатии при восприятии в отношении фундаментальной коммуникативности. В своем безумии она окружила себя сплошь старыми знакомыми из утерянной Англии. Они являлись к больной для того, чтобы освободить ее из заключения. Итак, здесь этот симптом обозначал финал истории жизни, но в нашем случае он “объясняется” психологическим восприятием. Здесь — последняя цель освещения существования шизофренического бытия-в-мире, означающего изоляцию, у нас — это раскрытие законов гештальт-перемен переживаемого в психозе. Но в обоих случаях цель достигается путем феноменологического исследования.

Этот пример не должен демонстрировать ничего другого, как только то, что можно придти к феноменологическому освещению симптома совершенно без связи с “внутренней историей жизни”, что при известных условиях на нашем пути можно натолкнуться на действительность, которая составляет сущность симптома. Ибо мои слова распространяются только на феномен неузнавания личности, в то время как феномен Куленкампфа может иметь значение только в индивидуальном существовании его больных.

Необходимо заново описать всю полноту симптомов переживания при шизофренических психозах с точки зрения гештальт-анализа. Ибо пока что возникают описания, которые можно встретить во всех учебниках по психиатрии, описания функциональной психологии или же психологии состояния, не могущие ни в коем случае соответствовать требованиям феноменологии. Этим объясняется также и отвращение к описанию симптомов, которое характерно для сегодняшней психиатрии и побудившее недавно Рюмке выступить за серьезность описаний и дифференций: “Как можем мы учиться различать, если наши описа-

ния не точны?” — спросил он, и дальше, через несколько строк: “Описание потому затруднительно, что мы, хотим мы того или нет, испытываем влияние со стороны наших предшественников и от этого обстоятельства, что в любом описании скрывается кусочек теории”. Когда пытаются описать голоса при расстройстве восприятия и распространение мыслей (т.е. сознание, что другие знают их собственные мысли) при расстройстве мышления, ибо при голосах речь идет о ненормальном восприятии, а при распространении мыслей о ненормальном мышлении, то тогда в основе описания лежит теоретическое представление будто восприятие и мышление — не связанные друг с другом нарушения “функции” психики. При феноменологической точке зрения сразу становится ясно, что передача мыслей до некоторой степени непрерывно может перейти в слышание голосов. Все переживания типа: о моих внутренних процессах все знают, мои мысли читают, мне внушают мысли, мне их навязывают, кричат вслед, обо мне говорят или ко мне обращаются вслух; а также, наоборот: я внушаю другим свои мысли, воздействую на них мысленно, телепатически, нахожусь в постоянной связи с другими, влияю на них, вмешиваюсь в ход событий и руковожу ими и т.д. — все эти переживания, тесно связанные, могут переходить из одного в другое. Разрозненное описание нарушений восприятия или мышления могут порвать взаимосвязь и чрезвычайно утяжелить их понимание.

Критика со стороны феноменологической антропологии кажется нам здесь очень уместной, особенно франкфуртской школы классической психопатологии, которая, например, в случае шизофренической мании преследования до сих пор видела только “не связанную последовательность функциональных нарушений”, где, по мнению Цутта, речь идет об антропологическом “единстве чувств”. Это единство чувств рассматривается там, как потеря, слабость, ущербность состояния, преодоление, как нарушение порядка существования, и очень часто “понимается” но крайней мере, как выражение кризиса на дороге жизни.

Я хотел бы здесь отметить, что в подобном случае речь может идти никак не о “понимании” в истинном смысле этого слова”, а скорее о толковании или лучше об изложении хода событий в определенном смысле. Необходимо как можно яснее определить значение понятий “понимание”, “толкование”, “изложение”, чтобы не путать их смысл.

С точки зрения гештальт-анализа, интерпретация проблемы переживания безумия выглядит совершенно иначе. Мы не должны пытаться убрать симптом из истории личной жизни, т.е. из всеобщего, симптом, а, наоборот, должны остановиться у самого феномена.

Мы снова должны, согласно нашему феноменологическому подходу к решению задачи, сделать попытку пережить то, как больной переживает свое бе-

зумие. Нетрудно найти примеры, которые мы, без всякого на то основания, “относили к нам самим”. Мы поступаем так постоянно. Крик на улице позади себя я автоматически отношу к самому себе, как будто имеют в виду меня. Существует еще тысяча возможностей, где случается нечто подобное. До этого пункта ничего удивительного не наблюдается и у нашего больного. Удивительное больше в том, что он не в силах выполнить мгновенную корректуру, которую мы можем выполнить в любой момент: сознание того, что в виду имеют не нас.

Как принимаем мы это решение? При зове на улице мы получаем информацию от ситуации, которая представляется нам после того, как мы оглядываемся назад; направление взгляда кричащего человека и то обстоятельство, что он приветствует не нас, а кого-то другого, помогает нам избежать ошибки при первом впечатлении. При этом наступает характерная перемена системы отношений. В то время как я сам вначале находился в центре поля, а именно в центре актуального поля переживаний, мое Я тотчас начинает понимать, что обращались не ко мне, и перемещается из центра событий на периферию. Я становлюсь затем субъектом среди других субъектов, которые сосуществуют в общем для всех “мире” и находятся друг с другом в самых различнейших отношениях, среди которых — и мое отношение к другим.

Итак, я произвожу или, лучше сказать, во мне происходит перемена системы отношений.

Можно сказать еще точнее: я изменяю постоянно свою систему отношений. Когда я, во время поездки в поезде, вначале нахожусь в состоянии “покоя”, а потом вдруг переживаю ощущение будто “мчусь по местности”, я меняю систему отношений, поскольку меняется первоначальный пункт отношений — купе вагона, после внутренней перемены находящейся в покое поверхности земли. Я могу избрать на рисунке № 2 любую точку пунктом отношений, как будто все другие точки относятся к ней. В любой момент я могу произвольно изменить эту систему отношений и сделать другую точку или целую группу других точек пунктом отношений. Когда Коперник впервые установил, что не Земля находится в центре системы планет, а Солнце, и что Земля, напротив, вместе с другими планетами вращается вокруг Солнца, он вызвал огромную перемену системы отношений, и этот пример показывает, какое сопротивление, как внутреннее, так и внешнее, может противостоять подобной перемене. Не всегда так просто переменить прочно укоренившуюся систему отношений. С переменной системы отношений меняют свое место и его составные части. В новом свете все выглядит иначе.

Аналогичен и случай при зове на улице и моей коррекции. Перемена системы отношений, несомненно, находится в акте коррекции. Она находит свое исполнение в микрокосмосе, что можно сравнить с переворотом Коперника в макрокосмосе. Поэтому я

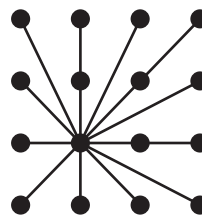


Рис. 2

называю эту перемену коперниковской. Ясно, что наш больной не может выполнить ее. Несмотря на то, что и он обернется на крик, поле ситуации не сможет его информировать. Далее, больному человеку покажется, что зов относится к нему, все другие люди на улице также думают о нем, смотрят на него или осматриваются им, направляются к нему или отходят от него; автомобили, автобусы, велосипедисты и продавцы газет — всё движется вокруг него. Мы можем сказать: он не может вырваться из эгоцентрической системы Птолемея, не может переменить системы отношений и принять взгляд Коперника.

Эта абсолютная неспособность сменить систему отношений представляет собою скорее органическое нарушение, чем недостаток в поведении как при неврозе. Эгоцентричный человек многое принимает в свой адрес, это — так называемый т и п а р а н о и д н о й л и ч н о с т и, но этот недостаток никогда не принимает абсолютного характера. Только при патологических изменениях мозга, т.е. при афазии и алексии, мы находим вид абсолютной неспособности к перемене системы отношений, правда, на довольно низком уровне. Человек, страдающий афазией, не в состоянии воспринять несколько значений слова, например, слово *Tor* (1. ворота; 2. глупец). Больной с агнозией также никогда не сможет понять перемену расположения точек на рис. № 1.

Результат нашего анализа таков: больной — не в состоянии понять фундаментальную перемену в системе отношений, — перемену Коперника: этот, болезненно измененный тип переживаний мы назовем безумием в отношениях или же термином, который я для этого ввожу — переживание апофении. Неизбежное следствие этого в том, что любой состав состоит из частиц, на которые он обычно раскладывается, как будто всё “расставляют” и “кладут”, чтобы испытать больного, как будто все это просто “театр” или “фильм”, где “все выставлено”, где сделано так, что всё как будто получило новое значение и все замечания относятся к больному, который толкует о “намечах” и находит их в любой газете и журнале.

Но человек не только судит о внешнем смысле противостоящего ему: ему также доступен внутренний смысл живых представлений, присущи выдумки, мысли, идеи, воспоминания, фантазия. Неспособность к Коперниковскому повороту видна и в этих

внутренних переживаниях. Случайная мысль теряет характер случайности, так случайно положенная на стол спичечная коробка воспринимается, как не случайно, а “нарочно положенная”. Если мысль утратила характер случайности, она кажется внушенной: мысль становится внушением. “Выставленное” и “положенное” превращается здесь в “сделанное”. Содержание мысли теряет характер думанного мною, оно отдалается от меня точно так же, как удаляются предметы при апофении, кажущиеся нарочно положенными, находящиеся в каком-то отношении ко мне. Эти предметы больше не принадлежат мне. Точно так же не будут мне больше принадлежать мои мысли, довольно отделенные от меня, поступаемые извне, но легко узнаваемые.

С подобным отдалением всего встречающегося на пути и всех представлений, параллельно следует своеобразная индифферентность поля переживаний, о которой они уже упоминали при феномене узнавания личности: доминирование сущностных качеств благодаря свойствам структуры в общем пространстве переживаний. Мы снова встречаемся здесь с очень значительной “сущностью”, открытие которой, если можно так выразиться, стоит вообще в начале общего феноменологического движения, обозначенное Гуссерлем “сущностью”, а Эренфельсом “гештальт-качеством”. Сегодня мы говорили, — по выражению Метцгера, о сущностных или физиономических качествах. Приведу старые примеры: косулевидный, брызжащая мажорность мелодии, кафедральный и т.д., все подобные сущностные качества встречаются, очевидно, в маниях, а также, как я уже писал об этом несколько лет назад, при патологических нарушениях механизмов мозга. Только теперь вещи находят свое лицо. Едва заметное до сих пор “жуткое” лицо пространства или физиономии определенных предметов всё это сильнее выступает в сущностных качествах. Я анализировал внешний вид халата врача, слегка забрызганного кровью. Халат напоминал атмосферу бойни или покрытый каплями швейцарский сыр, который как бы вспотел. Все это медленно изменяет общую картину предметного восприятия больного. Все более и более распадается поле переживаний больного на самостоятельные “сущности”, которые берут свое начало от Я больного, чтобы, наряду с собственным телом, принадлежать к составу предметов поля переживаний и подчиняться одинаковому гештальт-распаду и самостоятельности сущностных качеств.

Всё это были попытки провести прямой феноменологический анализ без предварительной разработки проекта существования больного. Из методики следует, что болезнь уходит сама по себе, поэтому вопрос о патологии даже не встает на повестке дня, таким же образом пропадает, благодаря применяемым здесь методам, вея жизненно-историческая детерминация. Она даже не рассматривается потому, что это

не предусмотрено гештальт-анализом. А ответ можно получить только тогда, когда задают вопрос. При помощи гештальт-анализа нельзя добыть доказательств, содержимое безумия нельзя детерминировать жизненно-исторически, гештальт-анализ должен содержать какую-то установку. И наоборот, анализ существования должен относительно всех вопросов иметь собственную патологию безумия. Потому он не допускает ошибки, не находя в переживаниях ничего патологического и не рассматривая процесса превращения структуры переживаний. Параноидный бред преследования — особый тип падения человека, но никак не заболевание.

Тот, кто составляет карту целой страны, не может нанести на нее улицы столицы. Их вообще не будет на его карте. Но пространственное отношение города к целому на карте обозначено. Но этот город — без улиц. Тот, кого интересуют топологические связи внутри города, изготовит его план, но по нему нельзя будет судить об отношении страны к целому. Нам кажется, что психотические отклонения не определяют всего существования, а являются относительным изображением, точкой в целом, которую мы стремимся описать в ее внутренней структуре и определить ее отношение к целому. Анализ существования идет иным путем, он воспринимает весь широкий мир истории личной жизни в надежде определить и описать его место. Мой путь гештальт-анализа можно, кроне того, обосновать и с другой стороны, причем я могу сослаться здесь на Бинсвангера.

Бинсвангер в одном месте сказал: “Речь идет одинаково о феноменологическом опыте в смысле интерпретации феноменального содержания, касается ли это интерпретации эстетического содержания стихотворения или трагедии, мирового или личного содержания, толкования следа от кляксы или психотической формы, или существования”. Итак, Бинсвангер ставит на одну доску аналитическое усилие вокруг гештальта и содержание произведения искусств с психотическим существованием почти таким образом, как будто психоз есть нечто сходное с творением или производством индивидуума, как это имеет место с производением искусства.

Возьмем, к примеру, старую вещь Иоганна Себастьяна Баха “Искусство фуги”, когда хотят продемонстрировать, при попытке анализа этого произведения, проекцию мира мастером. Может ли обстоятельное изучение “истории личной жизни” творца, его детства и юности, всех его несбывшихся надежд, истории двух его браков с многочисленным потомством и вытекающими отсюда заботами, его отношение к обществу и к двору, его религиозность и постепенная утрата зрения — может ли все это помочь нам при феноменологическом анализе произведения? Конечно, Бах не мог жить иначе, чтобы в конце своей жизни не создать такое произведение, как “Искусство фуги”. Все-таки кто может себе позволить зайти в освеще-

нии истории личной жизни так далеко, чтобы сказать, он “обошел” этот мир так, что понял произведение в аспекте этого существования?

Должны ли мы поэтому отказаться от любого аналитического усилия вокруг гештальта и от самого гештальта произведения? Наука о музыке давно уже указала нам дорогу, как само произведение, независимое от любой биографии, можно сделать предметом аналитического усилия. Мы должны, конечно, так хорошо разбираться в музыке, чтобы знать, что такое fuga; тогда мы сможем аналитически изучить построение произведения, необыкновенно искусную трактовку большой темы fuga повторами, введениями, каноническое построение, введение новых тем и их контрапунктных комбинаций с первой темой, шествие ко всё усложняющейся двойной fugе, технику имитаций и двойного контрапункта в различных канонических формах и, наконец, те из проигрываемых fug, у которых повторяется каждый сдельный голос — всё это можно изучить, совершенно не касаясь личности мастера. Мы занимаемся анализом формы произведения искусства, не задав ни одного вопроса о проекции мира, о бытии в мире его творца.

То же самое, конечно, относится и к литературному произведению: у нас нет никакой необходимости знать что-либо о человеке, имя которого Вильям Шекспир, для того, чтобы суметь провести анализ его произведений. И на самом деле, мы почти ничего не знаем о его “личности”.

Точно также, в согласии в этом с Бинсвангером, я мог бы сформулировать: к психозу также надо подходить аналитически, не интересуясь “историей личной

жизни”, проекцией мира больным и его бытием-в-мире, исходя больше из законов структуры психики и не отклонений в самом психозе. Такова суть гештальт-анализа в отличие от анализа существования. Он является простым анализом феномена и кажется мне поэтому новым порядком психиатрической диагностики, в смысле учения о заболевании, и не менее своеобразным путем, чем анализ существования, который не признает различий между нормальными и болезненными переживаниями по той причине, что они происходят в пространстве герменевтики.

Я надеюсь, мне удалось показать, что до конца психопатологического исследования еще далеко, как со стороны классической психиатрии, где я упомянул только о К. Шнайдере, так и о других, утверждавших, что ориентирующаяся на психоанализ психиатрия стоит перед новым началом. Этим началом является феноменологическая ориентация, которая показала в новом свете как глубину мыслей классической психопатологии, так и психоанализа, в свете знания всех гипотез, и проложила между ними мост.

В заключение я хотел бы выразить благодарность за возможность поделиться своими мыслями в стране, которая одновременно со своим сыном Манфредом Блейлером дала жизнь выдающимся личностям психиатрии сегодняшнего дня: Людвигу Бинсвангеру, К. Г. Юнгу и Карлу Ясперсу. В кругу таких людей, испытываешь благотворное и благодарное чувство: можно не опасаться за общеевропейское будущее нашего предмета.

Перевод Нины Савенко, 1964 г.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Психическое здоровье населения — Форум журнала Всемирная психиатрия

В журнале “Всемирная психиатрия” (2015, 14: 36 – 42) опубликована статья представителя финской ассоциации психического здоровья Кристиана Вальбека (Хельсинки, Финляндия) под названием “Психическое здоровье населения: настало время для внедрения доказательств в практику”.

Публикуем ниже резюме статьи, а также отклики на нее британских психиатров Стефана Прайба (Лондон) и Гая М. Гудвина (Оксфорд).

Система охраны психического здоровья включает в себя укрепление психического здоровья, профилактику психических расстройств и самоубийств, сокращение неравенства в области психического здоровья, управление и организацию психиатрической помощи. Важное значение психического здоровья в общей системе здравоохранения остается в значительной степени непризнанным, несмотря на рост бремени болезней, вызванных психическими и поведенческими расстройствами. Современная политика в области психического здоровья направлена на укрепление психосоциальной детерминанты здоровья путем учета психического здоровья во всех областях государственной политики. Стигматизация психических расстройств — распространенное явление, которое создает барьер для поисков помощи и развития услуг в области здравоохранения, и таким образом является ключевой проблемой для проведения общественных действий в области психического здоровья. В последнее время, установился повышенный интерес к укреплению психического здоровья и благополучия населения. Были разработаны эффективные программы учета психического здоровья в повседневной жизни: в семье, школе и на рабочем месте. Новые данные показывают, что многие психические расстройства и самоубийства можно предотвратить путем внедрения программ улучшения психического здоровья населения. Имеющиеся данные свидетельствуют о преимуществах такого подхода по сравнению с подходами, связанными с оценкой риска. Для обеспечения психического здоровья важно оказание психиатрической помощи на уровне первичной помощи населению. Наличие убедительной доказательной базы для вмешательства в психическое здоровье населения требует действий по внедрению доказательств в практику.

Ключевые слова: психическое здоровье населения, психическое здоровье, укрепление психического здоровья, профилактика психических расстройств, психиатрическая помощь, политика в области психического здоровья, благополучие, стигма, права человека.

Политическая миссия психиатрии¹

Стефан Прайб (Лондон, Великобритания)²

Что ухудшает психическое здоровье — хорошо известно: (1) неблагоприятные условия в период детства, война, преследования и пытки; (2) социальная изоляция, безработица и исключение из общественной жизни, бедность, плохое образование и низкий социально-экономический статус, социальное неравенство.

В данном номере журнала К. Вальбек [1] призывает к действиям и предлагает воплощать доказательства в практику. Что нужно сделать? Очевидно, чтобы добиться значительного улучшения состояния психического здоровья населения, необходимо, чтобы общество изменилось и ввело в действие все те факторы, которые способствуют психическому здоровью: общество должно предоставить безопасные и благоприятные условия воспитания, обеспечить мир внутри страны и за ее пределами, покончить с бедностью,

¹ World Psychiatry, 2015, 14:1.

² Отдел социальной и общественной психиатрии, Лондонский университет Квин Мэри.

гарантировать качественное образование, стремиться к полной занятости, способствовать социальной сплоченности и эффективности местных сообществ и иметь низкий уровень социального неравенства. Эти требования ясны и недвусмысленны, и не нуждаются в дополнительных исследованиях. Соответственно, согласно Мельбурнской хартии, психическое благополучие лучше всего достигается в обществах, основывающихся на равенстве, справедливости и неприменении насилия [1].

Однако на сегодняшний день мало доказательств тому, что мы достигли заметного прогресса на пути к созданию таких обществ. В большинстве развитых стран разрыв между богатыми и бедными увеличивается, усиливая общественное неравенство, и, начиная с 2011 г., повсеместно нарастает милитаризация [3].

Как можно все это изменить и улучшить ситуацию в обществе? Изменение правил и хода развития обществ — явно политическая задача. Политики избираются для того, чтобы принимать решения относительно военной активности, расходов на образование и социальное обеспечение, формирования правил в сфере занятости населения, налогообложения и других способов перераспределения. Политики демократически легитимизированы и уполномочены, эксперты в области психического здоровья — нет. Поэтому нам, быть может, следует предоставлять лишь свою экспертную оценку и на том остановиться?

Именно таким видится доминирующий на протяжении трех десятилетий подход организаций профессионалов в области психического здоровья. Представляется, что подобное воздержание от вовлечения в политику является большой ошибкой как для людей с психическими расстройствами, так и для самих специалистов.

Если есть воля для включения в политику и призыв к социальным изменениям на основании доказательств из области общественного психического здоровья, должны, вероятно, быть и разнообразные и потенциально сильные сторонники, призывающие к подобным изменениям на основании опыта из других областей медицины и социальных наук. Например, социальное неравенство плохо не только для психического здоровья, но и для физического здоровья и других социальных феноменов, таких как уровень преступности [4]. В результате, Европейский обзор определяющих социальных факторов здоровья Всемирной организации здравоохранения [5] призывает к расширению активности в социальных и экономических областях, уменьшению депривации и более сбалансированному социальному градиенту. Координация с призывами подобного рода от экспертов из других областей может усилить влияние политического голоса системы психического здоровья. Политическая вовлеченность профессионалов в области психического здоровья, даже если она поддерживается экспертами из других областей, равно как и паци-

ентами и группами по уходу за больными, может, тем не менее, не достичь успеха. Другие общественные силы и интересы могут вести общества в противоположных направлениях, например, к вооруженным конфликтам или еще большему социальному неравенству. Маловероятно, что политики изменят систему социальной помощи или прекратят войны просто потому, что эксперты говорят им, что это было бы лучше для психического здоровья общества.

Несмотря на это, возвышение голоса нашего профессионального сообщества на политической арене может быть важным. Как мы, будучи исследователями или клиницистами, работающими в области психического здоровья, можем не призывать громко и внятно к политическим действиям для улучшения социальных факторов, зная насколько эти факторы важны для психического здоровья? Политическое вовлечение, безотносительно к тому, насколько оно будет эффективным, представляется моральным императивом для заслуживающей доверия профессии с ясно выраженными ценностями [6]. Как минимум, это может подчеркнуть общественную значимость психиатрии и помочь связать психиатрию с другими важными социальными группами.

Существуют два дополнительных аспекта, относящиеся к политической миссии психиатрии.

Первое, исторически, когда психиатрия и более широкое общество проявили взаимный интерес и открылись друг другу, стали возможны глубокие реформы системы психического здоровья, нашедшие широкую общественную поддержку. Например, реформы психиатрического законодательства в 1970-е гг. были приняты парламентами Италии и Германии практически единогласно. Положение людей с психическими расстройствами было важно для партий различных политических направлений, связанных с ценностями либерализма, общественного религиозных учений, эмансипации и вовлечения в общественную жизнь членов разных социальных групп.

Второе, для обществ, отвергающих дискриминацию, политическая вовлеченность важна для улучшения ситуации с основной группой психиатрических пациентов — т.е. тех, у кого расстройства являются тяжелыми или хроническими. Даже в богатых странах многие из таких пациентов оказываются в тюрьмах, и получают явно недостаточную помощь или ограниченную поддержку в домах для долговременного проживания [7]. Все чаще и чаще пациенты рискуют потеряться в раздробленных системах оказания помощи, которые направляются экономическими интересами провайдерских организаций, и пациенты, у которых вероятность стать экономически продуктивными членами общества мала, представляют меньший интерес для тех, кто финансирует общественное здравоохранение. В обществах с высоким уровнем неравенства эти пациенты рискуют подвергнуться еще большим ограничениям и оказаться в еще

более невыгодном положении. Необходимы группы профессионалов для поддержки и защиты пациентов в повседневной жизни, и нужно делать это, насколько возможно, вместе с ними, на политическом уровне.

Специальные и индивидуализированные программы профилактики будут иметь лишь ограниченные результаты, если не будут адресованы общим социальным факторам. Например, проведение когнитивной терапии людям с проблемами, касающимися работы [1], менее важно, чем обеспечение их, в первую очередь, самой работой и гарантиями, что контракты предусматривают достаточный доход и приемлемые условия труда.

Для обретения доверия и получения реалистичных шансов улучшить психическое здоровье общества, необходимо политическое участие на местном, национальном и интернациональном уровнях.

Какое доверие и какую социальную значимость мы, как представители профессии, имеем, если многим доказательства в медицинских журналах, но не

заботимся о политических действиях, требующихся для воплощения этих доказательств в жизнь?

Перевод с английского В. В. Мотова

ЛИТЕРАТУРА

1. *Wahlbeck K.* Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015; 14: 36 – 42.
2. *Priebe S., Bogic M., Ashcroft R.* et al. Experience of human rights violations and subsequent mental disorders. — A study following the war in the Balkans. *Soc. Sci. Med* 2010; 71: 2170 – 2177.
3. Institute for Economics and Peace. Global Peace Index. <http://economicsandpeace.org/research/iep-indices-data/global-peace-index>.
4. *Wilkinson R., Pickett K.* The spirit level: why more equal societies almost always do better. London: Penguin Books, 2009.
5. *Marmot M., Allen J., Bloomer E.* et al. WHO European review of social determinants of health and health divide. *Lancet* 2012; 380: 1011 – 1028.
6. *Priebe S., Burns T., Craig T.* The future of academic psychiatry may be social. *Br. J. Psychiatry* 2013; 202: 319 – 320.
7. *Priebe S., Badesconyi A., Fioritti A.* et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123 – 126.

Психическое здоровье общества: наука или политика?¹

Гай М. Гудвин (Оксфорд, Великобритания)²

История активных действий общественного здравоохранения началась, вероятно, когда была снята рукоятка с насоса, снабжающего зараженной холерой водой одну сторону одной из улиц Лондона в 1854 г. Решение основывалось на тщательном медицинском наблюдении и проверке гипотез, было эффективным и, без сомнения, своевременным. Последующими успешными мерами в отношении контроля инфекций стали введение надлежащей канализационной системы и упорядочение стандартов гигиены питания. Врачи-гигиенисты продолжают оставаться специалистами в этих областях, и их успехи почти повсеместно преобразили ожидаемую продолжительность жизни, в особенности, младенцев и детей раннего возраста.

Итак, что же является в области психического здоровья эквивалентом рукоятки насоса, и каковы возможные последствия ее удаления? Действительно ли пришло время для трансляции доказательств в практику общественного психического здоровья, как предлагает К. Вальбек [1] в данном номере журнала?

Без сомнения, для этого необходимо, чтобы мы уже располагали способами быстро и существенно улучшить состояние психического здоровья общест-

ва. Мета-анализ, на который ссылается Вальбек [2], подразумевает, что первичная профилактика “психических болезней” у детей и молодых людей из группы риска — 40 % снижение заболеваемости — действительно возможна. Было бы очень хорошо, если это так. Этот мета-анализ семи довольно небольших психотерапевтических исследований указывает лишь на 161 новый эпизод болезней. Принимая во внимание, что искажение объективности, имеющее место при приведении и анализе таких исследований получает все большее признание [3], сообщаемые данные представляются неправдоподобно высокими и, во всяком случае, могут относиться лишь к кратковременным результатам и легко протекающим болезням.

Психотерапия, о которой идет речь, требует значительных усилий и является потенциально дорогостоящей. Трудно представить, как современные модели психотерапевтической помощи, даже если они и работают, могли бы обеспечить популяционный подход. Действительно, все примеры, цитируемые Вальбеком, мне кажется, показывают, насколько слаба наша доказательная база, насколько более уверенными нам необходимо быть в отношении того, что наше понимание причин и лечения болезней является правильным, и насколько непрактичны окажутся предлагаемые вмешательства, если будут осуществляться не в электронной форме.

¹ *World Psychiatry*, 2015, 14:1, 3 – 4.

² Отдел психиатрии, Оксфордский университет, больница Варнефорд, Оксфорд.

Вальбек делает следующий шаг, подчеркивая важность благополучия и поддержки психического здоровья не только как конечную цель саму по себе, но и как решение проблемы психических расстройств. Однако направление, где доказательная база расширяется (давая нам некоторую уверенность, которую мы имеем в отношении причин и решения проблем) — это исследование психических расстройств, а не психического здоровья.

Возьмите социологию финансирования исследований: в сравнении с другими болезнями, затраты, сопоставляя их с социальным бременем психических болезней, остаются низкими. И мы знаем об этом, потому что можем измерить бремя психических болезней. Мы не выводим его путем измерения среднего благополучия популяции.

Это в равной степени применимо в отношении доказательств, используемых для обоснования “активизации психического здоровья”. Не есть ли это лишь инверсия того, что, как мы знаем, вызывает психические расстройства/дистресс? Так, мы знаем, что “достаточно хороший” опыт раннего развития является ключевым моментом для нормального развития детей, т.к. сексуальное и физическое злоупотребление детьми, отсутствие должной заботы о них, переносимые ими утраты, ведут в последующем к психическим расстройствам. Мы приходим к такому выводу не на основании хороших результатов людей с исключительными родителями или даже средних результатов людей со средними родителями. Насколько убедительным является доказательство, что мы можем улучшить общественные показатели, вмешиваясь в нормальное воспитание нормальных детей? Лишь в условиях депривации повышение качества навыков воспитания детей связано с улучшением результатов. Это не имеет отношения к более широкому социальному контексту в развитых странах. Предполагать, что каждому необходим государственный стимул для улучшения навыков воспитания детей, — вновь прибегать к инверсии доказательств. Поэтому нет причин полагать, что превращение вопроса о психических болезнях в вопрос о психическом здоровье — подход общественного здравоохранения — может улучшить нашу доказательную базу или способствовать повышению качества исследований.

Какие области представляют для охраны психического здоровья общества трудную задачу, для решения которой необходимо вмешательство государства? Вальбек высказывает следующее мнение: “Злоупотребление психоактивными веществами может быть предотвращено универсальной стратегией, направленной на уменьшение доступности алкоголя и наркотиков. Эффективная регуляция включает в себя налогообложение, ограничение доступности и полный запрет всех форм прямой и непрямой рекламы”. Так ли? Вопрос ли это “рукоятки насоса” и нечто очевид-

ное для активистов общественного здравоохранения? В действительности, нет.

Запрещение алкоголя (экстремальный способ ограничения доступности) в Соединенных Штатах дает наглядный исторический пример относительно того, к какой катастрофе могут привести некоторые универсальные политические решения. Поднимите цену на алкоголь или запретите его, и вы моментально создадите и нелегальный рынок для его распространения (т.е. организованную преступность), и риск появления ядовитых суррогатов алкоголя, и сделаете преступниками тех членов общества, кто хочет иметь свободу выбора в отношении употребления алкоголя.

С другой стороны, как сейчас утверждается [4], возьмите такой наркотик, как марихуана, которая сейчас криминализована, и частично легализуйте ее “для медицинского использования”, как это уже происходит, и вы создадите риск, что для повышения эффективности своего бизнеса легальные частные производители марихуаны станут повышать ее доступность, аддиктивный потенциал и силу воздействия. Индустрия марихуаны может уподобиться табачной индустрии. Подход общественного здравоохранения должен включать анализ рисков и положительных сторон, без этого доказательство становится в лучшем случае необоснованным, в худшем — фантазией.

Действительно, что нового в тезисе, что психическое здоровье должно обязательно иметь отношение не только к психической болезни, но и к здоровью и благополучию?

Основная идея состоит в том, что необходимо сделать психическое здоровье вопросом, “интересующим каждого”. Бремя психических болезней и недостаточность финансирования должны перестать подчеркиваться для создания такой альтернативной формулировки. Это пропаганда, а не наука. Недостаточно весомые научные доказательства зачастую могут приводиться и быть достаточными в коротком политическом диспуте, но прискорбно, когда их кладут в основу программы психического здоровья общества. В то же время примат политики объясняет, почему аргументы плавно смещаются в сторону поддержки модной модели предоставления услуг, легкомысленного отказа от “медицинской модели” и некритичного продвижения “ориентированной на выздоровление системы сбалансированной помощи”.

В Соединенном Королевстве подобный подход является доминирующим, по крайней мере, в течение 15 лет. И вот его последствия [5]. Мы стали свидетелями пролиферации менеджеров и провайдеров специализированных услуг, тратящих огромное количество времени на собрания. Ключевое выражение — “управление клинкой” — менеджеры, а не врачи руководят предоставлением услуг, если услуги эти вообще предоставляются. Мы стали свидетелями безответственного сокращения количества коек, что привело к тому, что стационарная помощь стала не-

приятным событием. Роль диагноза и специализированного лечения воспринимается как что-то такое, что может быть делегировано и разделено. Существует стремление заменить их чем-то бессодержательным и лишенным определенности.

Одновременно роль психиатров в данной системе маргинализуется, однако, когда дела идут плохо, ответственность возлагается на них. Привлечение кадров в психиатрию резко снизилось [6] и остается чрезвычайно проблематичным.

Прочтите это замечательный кусок прозы [7], который адресуется методу (от которого сейчас, может быть, я не уверен, отказались), меняющему работу психиатров. Для тех из вас, кто, возможно, принял на вооружение “Бирмингемскую модель”, или как там еще наша система называется в переводе, вы можете ожидать много подобного следующему: “Новые Способы Работы — так говорится — должны быть усвоены новые способы работы вместо модели или структуры единой службы. Признано, что услуги, удовлетворяющие различным потребностям их потребителей в течение их жизни и различным демографическим и географическим [параметрам], обязательно должны иметь различную конфигурацию, чтобы выполнить свои функции наиболее эффективно. Однако основные принципы, касающиеся наиболее продуктивного использования навыков персонала, являются общими. Речь идет о достижении изменений в культуре, об изменении того, что группы специалистов, занятые предоставлением услуг, думают о самих себе, навыках членов группы, и причинах, почему они здесь. Изменений в культуре, однако, достичь трудно, как трудно измерить и величину таких изменений”.

Этот отрывок имеет очарование памфлета, превозносящего достоинства советского колхоза. Когда у

меня появится талантливый студент-медик, интересующийся психиатрией, умно ли будет с моей стороны заставлять его читать эти вдохновляющие слова, заканчивающиеся так, как они заканчиваются — предложением, несущим в себе опустошение и тщетность?

Итак, является ли общественное психическое здоровье достижением, аналогичным полученному с помощью рукоятки насоса, или это лишь создание с помощью поверхностных данных удобного фигового листа для сокрытия политического характера аргументов, которые так часто вторгаются в диагноз и лечение психических болезней. Ясно, что, с моей точки зрения, справедливо последнее. Взамен рекомендую стандарт общественной рукоятки.

Перевод с английского В. В. Мотова

ЛИТЕРАТУРА

1. *Wahlbeck K.* Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015; 14: 36 – 42.
2. *Siegenthaler E., Munder T., Egger M.* Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2012; 51: 8 – 17.
3. *Flint J., Cuijpers P., Holder J.* et al. Is there an excess of significant findings in published studies of psychotherapy for depression? *Psychol. Med.* (in press).
4. *Richter K. P., Levy K.* Big Marijuana — Lessons from Big Tobacco. *N. Engl. J. Med.* 2014; 371: 399 – 401.
5. *Craddock N., Antebi D., Attenburrow M. J.* et al. Wake-up call for British Psychiatry. *Br. J. Psychiatry* 2008; 193: 6 – 9.
6. *Fazel S., Ebmeier K. P.* Specialty choice in UK junior doctors: is psychiatry the least popular specialty for UK and international medical graduates? *BMC Med. Educ.* 2009; 9: 77.
7. *Vize C., Humphries S., Brandling J.* et al. New Ways of Working: time to get off the fence. *The Psychiatrist* 2008; 32: 44 – 45.

Куда движется психиатрия?

Ю. С. Савенко

Прогноз Макса Вебера о неуклонном нарастании формализации и бюрократизации оправдывается и в психиатрии, даже в ее классификации. Показателен тренд версий МКБ в сторону упрощений и прагматического подхода, а клинической практики — к стандартизации.

В России сокращение финансирования и уход от социальной модели службы здравоохранения привели к таким критериям оценки труда врачей и научных работников, которые оборачиваются принуждением к халтуре.

Все более заметной делается стилистика полицейской психиатрии, силовых ведомств, тиражируется хамство власти, вплоть до проникновения этого на уровень практических психиатров, что сулит тектонический сдвиг в самой основе общественного организма.

Ключевые слова: тенденции развития российской психиатрии, полицейская психиатрия.

В отношении того, куда движется психиатрия, следует разделить два значения этого вопроса: куда движется мировая психиатрия и куда отечественная? Направление движения мировой психиатрии — это значительно более общий вопрос, намного больший масштаб рассмотрения, тесно связанный с другими глобальными вопросами. Такого рода тенденции распространяются на все, и речь здесь может идти только об отставании от общего тренда, который неизбежен.

Это осуществление предсказанной Максом Вебером формализации и бюрократизации, и в результате, — дегуманизации. Разумеется, этот процесс сопровождается компенсаторной контр-реакцией одних сил общества и паразитическим использованием другими силами. Но это предмет социологии и социальной философии.

Наиболее выразительным проявлением развития психиатрии как профессии является замена категории “психически больной” на “потребитель психиатрических услуг”, а наиболее выразительным проявлением развития психиатрии как науки является тенденция, прослеживаемая в разных версиях МКБ. Это нарастающее упрощение и прагматический подход, т.е. экспансия “американизма”, а на деле — двух основных факторов, определяющих развитие современного общества: омассовления и технизации, которые в Америке дают себя знать значительно раньше. Но никакие идеи, формы и возможности не исчезают бесследно. Меняются лишь их масштабы, подобно готовому платью и пошиву на индивидуальный заказ.

Для нас актуальнее, куда движется отечественная психиатрия. Это очень многоструйный поток, очень сложное естественное русло, попытки спрямить его, чтобы ускорить движение, далеко не всегда оправданы. Но множество примеров отрицательного результата простого подражания, копирования опыта передовых стран ничему не учат, хотя результаты этого представляли карикатуру на оригинал. Казалось бы, прозрачно ясно и давно доказано, что фон, почва, контекст преобразуют любой предмет.

Когда четверть века тому назад мы начинали наш идеалистический проект Независимой психиатрической ассоциации, мы с полным правом писали, что психиатрия — увеличительное стекло нашей действительности, что в ней раньше, чем где бы то ни было, обнаруживаются ростки нового, задающего направление дальнейшему развитию всего общества. И действительно, то, что предвиделось на нашем поле, до того разрослось, что заслоняет очередные ростки нового. Теперь ситуация изменилась фактически наоборот: чуть ли не все самые громкие скандалы и злоупотребления в психиатрии настолько тусклее происходящего вокруг в общественной жизни, что в иных психиатрических больницах намного спокойнее, безопаснее и комфортнее, чем за их стенами. Сама действительность преподносит нам наглядный урок того, что психопатологические закономерности в значительной мере толерантны к окружающей среде. Но эта среда агрессивна, она осаждает психиатрическую службу и уже добилась сужения нашего профессионального пространства: резко сократилось число психиатрических больниц и коек, сократилось время пребывания больного в больнице, сократилось время, уделяемое врачом больному, сократилось число психиатров и число молодых специалистов, идущих в психиатрию, — ответственную, опасную, неблагодарную профессию, лишившуюся к тому же прежних льгот. Условия работы: поточный метод, экспресс-методики, критерии оценки труда врачей и научных работников представляют принуждение к халтуре. Это ведет к примитивизации кадров и деградации предмета.

Резко возрастает удельный вес судебной психиатрии с ее неизбежным и в наших условиях коррупцией и политизацией и, тем самым, перевес полицейской психиатрии. Эти процессы неизбежны в полицейском государстве. В этих условиях особенно хорошо видно, что НПА России продолжает оставаться индикатором процессов, происходящих в обществе.

Если в 90-е годы много говорилось и делалось по созданию этических комиссий и этика рассматривалась как действенная общественная структура, то в настоящее время это выглядит смехотворно, так как уровень бесстыдства, аморализма, цинизма авторитарной власти пронизывает все общество, сосредотачиваясь, прежде всего, в верхних слоях власти, тогда как “на дне” этика жива и неуничтожима.

Переживаемое время перемен всегда обостряет и обнажает прежде скрытое, проверяет на прочность все, включая нас самих.

Унизительное положение, в которое поставлены в нашей стране здравоохранение, культура, образование и наука, — нищенская оплата, потогонная система, грубое вмешательство в собственно профессиональные вопросы приоритетов сиюминутной политической конъюнктуры, солдафонский стиль, насаждаемый в гражданские ведомства, — отвечает интересам власти, для которой важнее всего управляемость, дисциплина на военный лад и “никаких дискуссий”.

И все же в современных условиях наша профессия обязывает нас к соблюдению традиционных во всех культурах принципов этики.

Психиатрическое сообщество, его состав, его стратификация, его нравы, динамика всего этого и ее тенденции значительно изменились за последние четверть века под развращающим действием общественной атмосферы и деградации элит. Даже без специального исследования, которое могло бы составить содержание важной и актуальной диссертационной работы, очевидно направление этих изменений в сторону все большей вульгаризации в самых разных отношениях. Этот процесс, как и много другое, носит ступенеобразный характер. И каждую ступень отмечают и отделяют первые и потому особенно впечатляющие примеры. Помню, как меня на одной из центральных улиц Хабаровска резанул мат из уст женщин. Теперь это банально и в Москве.

Ежедневно консультируя больных нейро-, кардио- и общего реанимационных отделений, я постоянно сталкиваюсь с характерным феноменом: многие больные в тяжелом состоянии, даже в помраченном сознании, в делирии, только что бесчинствовавшие, матерившие всех окружающих, реагировали на меня принципиально мягче и адекватнее. Видимо важным действующим фактором на уровне релизера был гештальт облика с седой бородой, манера поведения и обращения.

Тем большим контрастом выступил эпизод, который мы описали на своем сайте, о собственном опыте столкновения с хамством со стороны психиатра, зав. платным отделением ПБ им. П. Б. Ганнушкина, с руководством которой НПА России успешно сотрудничает, и которую мы знаем с наилучшей стороны. Как выяснилось, заведующая вела себя в привычном стиле, как со всеми посетителями. Надо ли говорить, что все сказанное ею могло быть сказано другим тоном, в

другом стиле, другими словами. Такой стиль недопустим с любым посетителем, тем более с человеком почтенного возраста, тем более с коллегой. Каково с ней людям от нее зависящим — персоналу и тем более больным? Действительно, в интернете среди сплошных благодарностей другим врачам только в ее адрес сделан серьезный упрек в 10-ти дневном отфутболивании жены больного, которому только благодаря ее настойчивости удалось не опоздать со срочной нейрохирургической операцией. Эта частная история — признак углубления современного одичания, когда даже врач, даже психиатр начинает вести себя строго по инструкции как солдат по уставу, как примитивное автоматическое устройство, которым такого врача вскоре можно будет заменить. Такая дегуманизация полным ходом уже осуществляется, закономерно начавшись с головы.

Половодье грубых злоупотреблений с недвижимостью, с использованием хитроумных схем мошенническими “полипрофессиональными бригадами”: риелтор, нотариус, юрист, с участием наших пациентов и коллег, — документируется в каждом выпуске нашего “Независимого психиатрического журнала”. Эти реалии подпитывают антипсихиатрические настроения, но борьба с ними лежит по нашему убеждению в открытости и прозрачности — а не, по советской привычке, в закрытости, которая неизбежно возбуждает подозрение у правозащитников. Но это отдельная самостоятельная тема. А здесь нам приходится говорить о другом, азбучном, но становящемся актуальным — недопустимо вести себя по хамски. Медикам с таким стилем поведения нельзя работать с людьми, нельзя, чтобы в их руках была чья-то судьба, здоровье и достоинство. Это люди инструкции. Такие всплывают вверх к себе подобным.

Что же такое хамство? Из Ветхого завета мы знаем — неуважение к отцу, неуважение к старшим по возрасту, старшим по опыту (но не должности, — тогда это дерзость), неуважение к просителям, к зависимым от нас людям, наконец, попирающие правил вежливости как таковых. И все-таки хамство — это не просто грубость, это наглая грубость или просто наглость. Хорошо видно как велика здесь количественная градация. Казалось бы, давно известно, что “ничто не обходится так дешево и ценится так высоко, как вежливость”. За этим стоит не просто внешний антураж, а символическая система отношений, имеющая глубокие биологические корни, где каждая “мелочь” как под увеличительным стеклом, что наиболее явственно у психических больных за счет их неадекватно ориентированной гиперсензитивности. А в быту хорошо известно, как люди спившиеся и во хмелю с обостренной чувствительностью реагируют на уважительность обращения с ними и с какой преувеличенной обходительностью ведут себя бывалые приятели. Манера общения психиатра с его пациентами — могучий, но не всеми сполна осознаваемый рычаг

воздействия, необходимый для доверия, душевной поддержки и лечения. Проникновение хамского стиля на врачебный уровень в среде психиатров — признак тектонических сдвигов в самой основе общественного организма.

Чем примитивнее общество в культурном отношении, тем ниже планка повседневной церемониальности. Здесь велик культуральный, поколенческий, социальный, профессиональный и индивидуальный разброс. Это очень информативный срез любой личности. Но какова манера общения врача с персоналом и коллегами, персонала и врачей с больными, администрации с врачами? Прежде отдельные примеры хамского стиля, как грубые разносы Д. Р. Лунца, или доведение А. Б. Сынике врачей до слез и даже предынфарктного состояния, или ответ д-ра Е. В. Ма-

кушкина на наш призыв о контроле уровня судебно-психиатрических экспертиз, которые именно так, не сговариваясь, обозначили коллеги с самых разных концов страны, теперь размножились как следствие все большей экспансии на гражданское общество стиля ФСИН, МВД и др. силовых ведомств. Этот стиль, который начинается с проходной и который хорошо отражает атмосферу учреждения, требует отпора, по крайней мере, публичности. И чем выше положение таких людей, тем совершенно другие ценности и цели они исповедуют. Хамство власти безгранично, и она рассматривает его как свою привилегию. Тон задают практика судопроизводства, выборов и госпропаганды. Нельзя допустить, чтобы это достигло уровня гражданского общества, уровня практических психиатров.

17-ая международная конференция
по философии, психиатрии и психологии

**ПОЧЕМУ ЛЮДИ СТАНОВЯТСЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ?
АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ
И КУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВЫ
ПОДВЕРЖЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ**

29 – 31 октября 2015 г., Фрутилар, Чили

**E-mail: centrodefenomenologia@mail.udp.cl;
www.centrodefenomenologia.udp.cl**

О некоторых оригинальных организационных подходах к терапии аддикций в российской наркологии. Взгляд со стороны

Ф. Б. Плоткин (Минск, Беларусь)¹

Детально анализируется содержание опубликованной в 4-х выпусках журнала “Наркология” (№ 2, 3, 5, 6 за 2015 г.) статьи Н. Каклюгина “От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстастическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой?”. Обращается внимание на преобладание в указанной работе далекой от профиля журнала религиозной тематики в виде обсуждения меж- и внутриконфессиональных проблем. Указано на наличие в российской наркологии парадоксальной ситуации, когда вместо превенции употребления психоактивных веществ, упор сделан на реабилитации уже ставших зависимыми индивидов. Констатируется, что выделяемые Правительством РФ на реабилитацию значительные материальные средства планируется направить не на развитие существующих государственных структур, имеющих в своем составе подготовленных профессионалов, а на поддержку негосударственных реабилитационных центров, в основном религиозной направленности. Обращается внимание на возникшую в их среде не всегда честную конкурентную борьбу за предполагаемое получение материальных ресурсов. Указано на несколько странное решение поручить руководство реабилитацией наркозависимых полицейскому ведомству. Подчеркивается уникальность ситуации, когда в решение узкоспециализированной медицинской проблемы вместо профильного министерства вовлечены высшие государственные исполнительные и законодательные структуры. Содержится призыв к редакции журнала “Наркология” сосредоточить внимание на обсуждении соответствующих профилю журнала наркологических проблем.

Ключевые слова: наркозависимость, превенция, лечение, реабилитация, ресоциализация, реабилитационные центры для наркозависимых, ФСКН, Русская Православная Церковь.

“Вот о чем особенно велико расхождение во мнениях; и если все это не рассудить, то неизбежно пребывать людям в крайнем заблуждении и невежестве относительно вещей наиважнейших”

Цицерон “О природе богов” [46, с. 60].

С большим интересом ознакомились мы с содержанием опубликованной в 4-х выпусках журнала “Наркология” (№ 2, 3, 5, 6 за 2015 г.) статьи “От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотики к экстастическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой?” [21], в которой обнаружили много интересных материалов, не встречающихся обычно в медицинских периодических изданиях. Прежде всего, обращает на себя внимание значительный объем публикации: сообщения занимают от 15 до 18 журнальных страниц, т.е. почти до 1/5 всей журнальной площади. Укажем также на то, что предшествующее рассматриваемой работе объемное (почти на целую страницу) резюме, в отличие от общепринятой практики, не является кратким изложением содержания, а содержит в себе многочисленные статистические данные, длинные названия различных Госпрограмм, номера и даты принятия указов, распоряжений и законов Правительства Российской Федерации и т.п. Количество же ключевых слов достигает тридцати.

Как нам представляется, далеко не все читатели смогут набраться выдержки и терпения для прочтения столь специфической и объемной статьи. Поэтому позволим себе кратко пересказать ее содержание. В первой части работы автор детально характеризует ситуацию с потреблением различных психоактивных веществ (ПАВ) в Краснодарском крае Российской Федерации, приводит описание закончившихся смертельным исходом конкретных случаев применения наркотиков как в указанном регионе, так и в других областях России. Анализируются причины потребления ПАВ в молодежной среде в РФ и за рубежом. Основными причинам этого автор считает гедонизм и аномию и подробно описывает их признаки. При этом справедливо отмечает наличие в России нерешаемых социальных проблем и указывает на признаки морально-нравственной и духовной деградации и даже “надвигающегося заката русской цивилизации” [20, Ч. 1, с. 94]².

Во второй части статьи указано на изменения в законодательстве РФ, касающиеся принудительного лечения наркозависимых. Описаны основные признаки харизматического культа и дается характеристика неохаризматических (пятидесятнических) религиозных групп. Подробно излагается история распространения этого движения на Украине, его роль на “киев-

¹ Минский городской клинический наркологический диспансер.

² См. также статью акад. П. И. Сидорова “Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины” [40].

ском Майдане Незалежности” в 2014 г. Почти целую журнальную страницу занимает ксерокопия листовки “Царства Божого” времен украинской “оранжевой революции” 2004 г. Детально описан молебен 18 июня 2014 г. в Киеве Всеукраинского духовного центра “Возрождение” с приведением цитат из выступлений участников [20, Ч. 2, с. 97]. Далее идут пространные рассуждения автора о сущности религиозных сект, вновь приводятся многочисленные цитаты. Затем на 5-ти страницах журнала (99 – 103) дана детальная характеристика международного харизматического движения в христианстве, иллюстрируемая развернутыми цитатами из выступлений пасторов из разных стран и указаниями на зарубежные исследования, датируемые 80-ми годами прошлого века, о негативном влиянии на психическое здоровье адептов указанной веры на примере движения “Слово жизни” в Швеции с приведением соответствующих таблиц.

В сообщении 3 на пяти первых страницах статьи в очередном номере журнала приводится “История возникновения и распространения феномена неопятидесятнического (харизматического) движения”. Далее терпеливый читатель, осилив еще 6 страниц текста, может узнать, какова “История возникновения и распространения в России нетрадиционных религиозных движений, в том числе экстатического характера”.

В сообщении 4 на очередных драгоценных 15 журнальных страницах указаны “Основные элементы протестантского вероучения в условиях неопятидесятнического (харизматического) “пробуждения”. Обсуждаются “Причины бурного распространения в России неопятидесятнического харизматического религиозного движения и создаваемых его членами “реабилитационных” центров для лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных препаратов”. Описаны “Основные психологические приемы вербовки и удержания адептов в неопятидесятнических харизматических религиозных группах и организациях, реализующих программы индоктринации (“реабилитации”) алко- и наркозависимых лиц, а также технология вхождения в измененное состояние сознания и остановки мышления через глоссолалию или говорение на “иных” языках”.

Восприятие содержания статьи затрудняется большим объемом, сложностью построения фраз, несколько непривычной лексикой. Периодически у читателя вновь и вновь возникает необходимость посмотреть на обложку журнала, чтобы убедиться, что у него в руках не “Журнал Московской Патриархии” или “Богословский вестник”, а все-таки журнал “Наркология”.

Следует отметить, что хотя список литературы содержит 155 источников (из них 20 принадлежат самому автору), совершенно отсутствуют ссылки на них в самом тексте статьи (?!). При этом каждое сообщение

вновь и вновь заканчивается все тем же пятистраничным списком литературы.

Очевидно, что указанные автором причины потребления ПАВ и особенности формирования зависимости, проблемы лечения и реабилитации и т.п., не содержат ничего нового и хорошо известны читателям-профессионалам. По нашему мнению, они были бы более уместны в молодежном журнале или научно-популярной брошюре. Что же касается обсуждения специфических проблем современного христианства и других религиозных движений, то вряд ли для этого подходит данный журнал.

В чем же смысл публикации столь объемного материала на страницах журнала “Наркология”? Для практического нарколога он очевиден: в России готовится к внедрению “Государственная программа по созданию Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях”.

Неоднократно цитируемые в последнее время тютчевские строки “Умом Россию не понять...” вполне относимы и к российской наркологии. Во всем цивилизованном мире в области наркологии упор делается на превенцию употребления психоактивных веществ (ПАВ). Ведь именно профилактика является самой эффективной и экономичной мерой по предупреждению злоупотребления ПАВ. Напомним, что под профилактикой понимают любые мероприятия, разработанные для того, чтобы избежать злоупотребления психоактивными веществами и уменьшить негативные социальные последствия и вред, наносимый здоровью. По данным акад. Г. И. Сидоренко, “в США бюджет здравоохранения предусматривает 50 % затрат на лечение больных и 50 % — на профилактику болезней. В Российской Федерации на профилактику выделено 6 %” [39]. В России на лечение и реабилитацию наркозависимых (это третичная профилактика наркомании) на каждого человека в год тратится около 300 тыс. рублей. А на первичную профилактику в среднем на простого гражданина — 0,5 рубля [16]. Что же касается проблемы финансирования профилактических программ, то отдельной статьи на эту работу в РФ не предусмотрено. По заявлению главного нарколога МЗ РФ Е. А. Брюна, “мы ставим вопрос о том, чтобы у нас появился закон о профилактике наркологических заболеваний” [10]. Причины, по которым в России наблюдается практически полное отсутствие профилактической работы в области зависимостей, детально рассмотрены нами ранее [34].

В очередной раз приведем показательный пример. Во Франции в каждом учебном заведении среднего образования (около 7 тыс. колледжей и 2600 лицеев) трудятся два специалиста, которые занимаются узко специализированно только профилактикой наркомании. В Исламской Республике Иран на 80 млн. жите-

лей приходится 25 тысяч дипломированных специалистов в области профилактики наркомании [16].

В настоящее время в России сложилась ситуация, когда на первый план выдвинулась концепция реабилитации наркоманов. Действительно, доказано, что при лечении аддикций наибольший эффект дают длительные реабилитационные программы, наиболее технологичные и затратные в финансовом отношении для учреждения или лечебной команды, но обеспечивающие личностное восстановление пациентов и членов их семей [47].

“Государство, — считает зав. кафедрой наркомании и токсикомании Российского государственного медицинского университета Л. Н. Благов, — по всей видимости, должно нести ответственность за то, что, будучи не в силах сдержать рост наркомании, устранившись от активной первичной профилактики наркомании через средства массовой информации, и в том числе активной пропаганды здорового образа жизни, и никак не противодействуя активной пропаганде, в частности, алкогольного поведения через явную и скрытую рекламу на телевидении и других СМИ, пускает столь важную проблему, как реабилитация зависимых, на самотек” [4].

Государственные структуры, призванные оказывать реабилитационную помощь, имеют ничтожно малое распространение. Не создана государственная сеть реабилитации. Количество отделений медицинской и социальной реабилитации удручающе мало [12]³. Госнаркослужба не заинтересована в этой работе, наркологи предпочитают терапию острых состояний, что представляется экономически выгодным нашим коллегам, которые с давних пор и по сегодняшний день принадлежат, по меткому выражению В. А. Галкина, к “своеобразному клану “врачей-похметологов”, которые занимались исключительно попытками купирования абстиненции” [9]. “На сегодня в стране нет национальной системы социальной реабилитации и ресоциализации, — констатирует глава ФСКН В. П. Иванов, — а имеющиеся примерно 500 негосударственных реабилитационных центров действуют, как умеют, на свой страх и риск, практически вне государственной поддержки и вне правового поля” [19].

В условиях пассивности наркологической службы главным борцом за народное здоровье пытается себя представить... полицейское ведомство — созданная в 2003 году Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН) — правоприменительный орган статуса федеральной службы с функцией политического управления, стоящий выше крупных министерств и ведомств. Глава ФСКН имеет ранг федерального министра, а штатная

численность центрального аппарата составляет 1400 единиц [44].

Именно в недрах ФСКН и разработана “Государственная программа “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”. Государственный антинаркотический комитет ее рассмотрел и одобрил, закрепив за ФСКН статус ведущего ведомства по реабилитации наркомании⁴. Главный нарколог страны Евгений Брюн открыто выступил против подобной инициативы, напомнив, что Госнаркоконтроль — силовая структура и непонятно, как можно отдать реабилитацию под ее крыло (Цит. по [22]). “Проект, представленный ФСКН, — отмечают Зыков О. В. и соавт., — строится на допущении того, что с помощью мер принуждения можно достичь улучшения качества наркологической помощи и снизить спрос на наркотики. Этот проект предполагает идеологическую монополизацию реабилитационного пространства под эгидой силового ведомства и означает исключение профессионального научного, медицинского сообщества из дискуссий о реабилитации” [17].

Вообще, ситуация с терапией зависимостей на постсоветском пространстве кардинально отличается от аналогичных процессов при лечении пациентов с другой соматической или даже психической патологией. “В последнее время, — отмечает Л. Н. Благов, — особенно часто приходится наблюдать всевозможные инициативы в отношении проблем зависимости, не подкрепленные должным уровнем профессионализма. Речь идет не только о неких общественных инициативах. Слишком часто подобный дилетантизм наблюдается именно в решении специальных вопросов, иногда достигая степени абсурда... Все это, будучи печальной и абсолютно парадоксальной современной реальностью, ведет к выхолащиванию роли медицины и клинической психиатрии с ее психопатологией наркотизма. Доказательством тому является довольно разношерстный состав “участников терапевтического процесса” — здесь и медики, и психологи, и целители, и энтузиасты, и “бывшие наркоманы”, и правозащитники, и представители религиозных конфессий). Такое обилие участников неминуемо рождает анархию (как известно, у семи нянек... Поэтому так важен медицинский аспект наркологии, который развивается медицинской дисциплиной под названием “клиническая наркология”. Автор выражается достаточно конкретно: “Дилетант и неспециалист, понятно, не имеет права заниматься вопросами, требующими *специального образования и специальной подготовки* (курсив — Л. Н. Благова). Это положение касается медицины напрямую” [1, с. 100 – 101].

³ Подробное описание существующих в РФ реабилитационных структур см. в ст. Дудко Т. Н. [13].

⁴ Детально история проходившей в течение ряда лет конкурентной борьбы различных ведомств за получение звания “главного” учреждения в России в области реабилитации наркозависимых описана нами ранее [33].

Привлечение в проблему большого количества неспециалистов часто порождает хаос, анархию, конфликты между участниками лечебно-реабилитационных программ, что явно противоречит интересам больных и членов их семей. Иногда такие “усилия” дилетантов, создающих иллюзию плодотворной деятельности просто опасны, а в лучшем случае — интактны. Отсутствие квалифицированного ведения больного в процессе противорецидивного лечения и медико-психологической реабилитации (здесь речь идет, безусловно, о едином процессе) часто приводит к быстрой хронизации и “клинической запущенности”. Организация лечебно-реабилитационной помощи и ее практическое воплощение должны осуществляться хорошо подготовленными профессионалами, способными ориентироваться в психиатрии и наркологии [27].

Отметим при этом, что проф. В. Д. Менделевич считает одной из насущных проблем биомедицинской этики и медицинского права в области наркологии “неоморалистский подход, при котором к научным дискуссиям на правах равных партнеров приглашаются представители церквей” [23]. Автор указывает на такие сугубо российские проблемы, как игнорирование мнения профессионалов-экспертов в решении вопросов наркополитики и лечения наркологических больных..., а также нарастание тенденции к формированию антинаркотического движения — движения, представленного главным образом сотрудниками правоохранительных органов и представителями религиозных организаций, объясняющими аддиктивное поведение преступными либо греховными установками и, по сути, отказывающимися больному в праве на болезнь [24].

Отказ признавать за больными алкоголизмом и наркоманиями (токсикоманиями) статус больных с психическими расстройствами или психических больных, что, по сути дела, одно и то же, — есть или проявление некомпетентности и непрофессионализма, или следствие борьбы бюрократических интересов, или отголоски феномена “общественной нарко-алкогольной анозогнозии”, недопустимые в профессиональной медицинской среде [28]. Таким образом, упрощенная методология может демонстрировать в лучшем случае фельдшерское, но никак не врачебное уровневое понимание рассматриваемой патологии. В итоге совместные обсуждения клиники аддиктивной болезни с привлечением специалистов с разноуровневой подготовкой демонстрирующих все разнообразие подходов к изучению обсуждаемой проблематики становятся малоэффективными, сопровождаются взаимным непониманием и разногласиями [2].

Конечно, с таким рассмотрением все утверждения о психопатологическом приоритете в оценке химической (и нехимической) зависимости выглядят несостоятельными. Это, соответственно, отдает “карты в

руки” и “пальму первенства” в решении всех проблем наркотизма токсикологам и параклиницистам (психологам, социальным работникам, педагогам, деятелям церкви, силовикам, представителям общественности, правозащитникам и др.) — то есть всем, кроме психиатров. Кто в этом случае будет ставить верный диагноз и лечить (а не только вытрезвлять) наркоманов и алкоголиков? Лечить их только лишь “святым духом” сегодня, в XXI веке, как-то все же нелогично, безответственно, да и просто неприлично. И это наблюдается в то время, когда наркология, согласно последним регламентам (детерминированным, конечно же, крайней востребованностью и актуальнейшим социальным заказом), определяется как “психиатрическая специальность, требующая своего углубленного изучения [1, с. 152].

Заинтересованные в проведении реабилитации структуры исподволь пытаются создать впечатление, что реабилитация решит все проблемы. Между тем, результативность реабилитационных мероприятий в отношении лиц с химическими зависимостями остается стабильно низкой и не превышает 7–15% годовых ремиссий [21]. Периодически сообщается и о более высоких результатах, но они не подтверждены строгими с точки зрения доказательной медицины исследованиями.

О том, что в самом лучшем случае при наркоманиях, имеющих биопсихосоциодуховный генез, на успех реабилитации и возвращение к относительно нормальной жизни на сегодняшнем уровне науки и практики можно рассчитывать лишь у 2–3 из 10 (даже обратившихся самостоятельно) прошедших реабилитацию наркозависимых, предостаточно умалчивается⁵. Многие питаются иллюзиями, что если взять наркомана, поместить его на большее или меньшее время в реабилитационный центр и что-то там с ним сделать, то выйдет здоровый человек. А вся проблема заключается лишь в том, что просто недостаточно таких заведений. Несмотря на существующее мнение, что имеется значительное количество наркоманов, нуждающихся в реабилитации и ресоциализации, и не получающих их из-за организационных проблем, на самом деле число таких пациентов

⁵ Трудно себе представить, чтобы Глава Государственного Антинаркотического Комитета и директор ФСКН В. П. Иванов, активно пробивающий принятие в Российской Федерации “Государственной программы “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ”, не представлял себе истинных возможностей реабилитации наркозависимых. Тем не менее, 9 сентября с.г. он заявляет, что “более 70 % наркозависимых, побывавших в реабилитационных центрах, прекращают употреблять наркотики на достаточно долгое время, некоторые из них создают семьи и чувствуют себя полноценными членами общества”, чем вводит общественность в заблуждение (http://www.narkotiki.ru/5_79890.htm).

ограничено, ибо основная масса зависимых вовсе не желает ни лечиться, ни реабилитироваться. И здесь в условиях ограниченных ресурсов и разгорается за них конкурентная борьба.

Вся суть проблемы заключается в том, что **большинство лиц, зависящих от наркотиков, вовсе не желает ни лечиться, ни реабилитироваться.** В лапидарном виде ситуацию характеризует зав. кафедрой наркомании и токсикомании Российского государственного медицинского университета Л. Н. Благов: “Известные сеговонания по поводу “проблем мотивирования больного наркоманией на отказ от приема наркотиков” сегодня демонстрируют уже совсем даже не смешной, а основательно надоевший дилетантизм и плохое знание клиники аддиктивной болезни, поскольку она в том и заключается, что *именно отсутствие у больного мотивации на лечение является ее важнейшим манифестным симптоматическим проявлением* (курсив мой. — Ф. П.). Этот клинический признак проявляется как элемент в составе основных синдромов стержневой структуры патологической аддикции — аддиктивного доминантного психопатологического комплекса. Именно поэтому больной попросту не в состоянии здесь подобную мотивацию предъявить (если, конечно, его в данный момент активно не лечить). Стремление получить эту мотивацию, что называется, на ровном месте, “святым духом” или уговорами — банальное непонимание законов патологии и прямое следствие отсутствия необходимой профессиональной подготовки. Таким же образом, сколько угодно долго можно “мотивировать” больного туберкулезом или бронхиальной астмой “отказаться” кашлять, а больного с дизентерией — не бегать в туалет” [2]. Просто “поговорить” с больным и его проблемами и “грамотно разъяснить” ему его проблемы, чтобы круто изменить его жизнь в направлении здоровья, не получится по определению. Подобное, к сожалению, является слишком частым заблуждением дилетанта [3].

Принципиальное неприятие наркозависимыми болезненного характера расстройств обусловлено стойким поражением психики, демонстрирующим уровеньный (психотический) характер. Патологическое мышление, отображая функцию критики, демонстрирует именно неспособность идентифицировать болезнь ни как абстракцию, ни как конкретику, поскольку болезнь создает уже на своем первом (неврозоподобном) этапе мощный барьер, препятствующий осуществлению объективной оценки негативных последствий интоксикации и всего поведения в целом [3]. Именно по этой причине в структуре обращаемости за наркологической помощью 80 – 85 % пациентов преследуют цель получить неотложную помощь, существенно меньшая часть их переходит на этап активной комплексной терапии и еще меньшее число больных продолжает принимать участие в реабилитационных программах [47].

При всех попытках реабилитации занимающиеся этим специалисты должны не забывать фундаментальное открытие Курта Левина говорящее о том, что “при попытке заставить людей изменить привычные для них способы действия, социальное давление со стороны неформальной референтной группы и налагаемые этой группой ограничения представляют собой наиболее мощную силу (сдерживающую изменения или вызывающую их), которая может быть использована для достижения успешных результатов” (Цит. по [36, с. 44]).

Тем не менее, отметим, что решение по рассматриваемой проблеме принято на самом верху. 10 июля 2014 г. Президент Российской Федерации своим Указом наделил ФСКН России полномочиями по координации деятельности федеральных органов власти, органов власти субъектов Федерации и органов местного самоуправления в области реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. ФСКН России также наделена полномочиями по организации поддержки социально ориентированных НКО, осуществляющих данную деятельность [18]⁶. 28 июля 2015 Президент В. В. Путин подписал перечень поручений по итогам заседания президиума Государственного совета по вопросу реализации государственной антинаркотической политики, состоявшегося 17 июня 2015 года. Среди прочих: в срок до 15 марта 2016 г.

– утвердить реестр негосударственных организаций, осуществляющих комплексную реабилитацию и ресоциализацию лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача, и предусмотреть формирование системы государственного задания на их услуги;

– разработать комплекс мер, направленных на информационную, консультационную, имущественную и иную поддержку негосударственных организаций, реализующих программы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача [29].

Каким образом за оставшееся до 15 марта 2016 г. время полицейские смогут изучить работу 500 негосударственных реабилитационных центров, чтобы определить, какие из них следует поддержать, а какие нет, остается для нас не совсем понятным, а достоверность принятых после этого решений представляется более чем сомнительной.

Следует отметить тот факт, что планируемая стоимость реализации проекта в 2014 г. до финансового

⁶ После Указа Президента РФ Б. Н. Ельцина № 1044 от 19.07.1996 “О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа” [43] у нас нет других примеров, чтобы в решении узкоспециализированного медицинского вопроса, что обычно является прерогативой Минздрава, принимали участие высшие власти государства — Президент страны и Государственная Дума.

кризиса в конце года была просто астрономическая (179 млрд. руб.), что соответствовало половине всех затрат на проведение зимней Олимпиады в Сочи [17]. Уровень планируемого на сегодняшний день бюджетного финансирования проекта в открытых источниках нам обнаружить не удалось.

На что же пойдут столь серьезные денежные суммы? Казалось бы, что эти значительные средства должны пойти на расширение соответствующих государственных структур, где имеются квалифицированные специалисты и существует реальная возможность подготовить новых. Ничего подобного! Очередной парадокс: средства планируется направить на поддержку негосударственных структур, которые, аккредитовавшись в ФСКН, смогут проводить реабилитацию наркозависимых за счет государства. Определять же, каким центрам выделять финансирование, а каким нет, и будут наши доблестные полицейские. Предполагается, что денежные средства будут доходить до наркоманов в виде специального сертификата на реабилитацию. Но, чтобы получить его, потенциальный участник программы должен подписать контракт с сертифицированным ФСКН реабилитационным центром и госорганом, которые будут отвечать за патронаж наркоманов. Реабилитация же будет возможна не только в добровольном порядке, но и принудительно, в частности как альтернатива административному наказанию [22].

Понятно, что многие негосударственные реабилитационные центры хотели бы откусить от большого пирога. В борьбе за виднеющиеся на горизонте материальные ресурсы разгорается конкурентная борьба, и для дискредитации уже успешно работающих реабилитационных центров негосударственной формы собственности начинают применяться “грязные” технологии с откровенной диффамацией. Главным объектом инспирированной кампании по дискредитации в СМИ, в т.ч. и электронных, выбрана одна из самых известных, успешных и авторитетных организаций: Благотворительный Фонд по формированию здорового образа жизни “Центр здоровой молодежи” (ЦЗМ). Возглавил эту тщательно спланированную и многоходовую кампанию врач психиатр-нарколог, канд. мед. наук Н. Каклюгин, известный ранее как сотрудник научно-методического отдела Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского Московской патриархии. Вообще, активность, проявляемая Русской Православной Церковью (РПЦ) в плане организации реабилитационных центров для зависимых от наркотиков заслуживает всяческого одобрения. 1 октября 2010 года создан Координационный Центр по противодействию наркомании. Сегодня в РПЦ действуют 62 центра для реабилитации наркозависимых [38]. Можно, однако, предположить, что число наркозависимых, желающих стать новыми прозелитами православной веры, ограничено. В этой ситуации адепты

РПЦ выбрали следующую стратегию: опорочить главного конкурента.

Многие реабилитационные центры негосударственной формы собственности в своей работе делают акцент на духовном преобразовании наркозависимых в рамках той или иной религиозной конфессии. Как отмечает акад. П. И. Сидоров, “эффективность использования религиозных ресурсов в превентивно-коррекционных и лечебно-реабилитационных духовно-интегрированных протоколах и программах психиатрии и ментальной медицины до сих пор изучалась недостаточно, и в настоящее время слишком мало научных и лонгитудинальных катамнестических данных” [41, с. 67]. Несовершенство подходов в оценке эффективности реабилитационной помощи, по мнению директора Института реабилитации НИЦ наркологии МЗ РФ проф. Т. Н. Дудко, “вызывает большую озабоченность и недоумение, но позволяет понять, каким образом возникают утверждения (порой убежденность и даже вера в произнесенное слово) и создаются мифы о сверхвысоких достижениях духовной реабилитации наркологических больных” [14].

Поскольку оспорить положительные результаты многолетней работы ЦЗМ не представляется возможным, в качестве *ultima ratio* выбран оригинальный тактический ход: конкурентов пытаются причислить к, якобы, “не тем”, т.е. не к православным религиозным направлениям и обвинить в сектанстве⁷. В обыденном представлении слово “секта” имеет четко негативные коннотации. Между тем, секта — это всего лишь “религиозная группа, отколовшаяся от господствующей церкви” [7]. По Макс Веберу секта — это “добровольное объединение, куда вступают по желанию, если проходят религиозные испытания, которым также добровольно себя подвергают” (Цит. по [37, с. 11]).

Напомним, кстати, Н. Каклюгину и К^о, что первые христиане были частью еврейского народа, а само христианство на первых этапах было сектой в иудаизме. По мнению Ф. Ницше, это было “...малозаметное сектантское движение христиан, отколовшихся от иудаизма” [26, с. 87]. Известный американский антрополог Марвин Харрис также писал, что христианство начиналось как древнееврейский культ Карго.

Согласно Большому юридическому словарю, “Секта (религиозная) — отколовшаяся от основного или господствующего религиозного вероисповедания группа верующих, придерживающаяся своих взглядов и толкований его отдельных догматов, обрядов, поучений и т.п. Для секты характерна замкну-

⁷ Причем, когда не хватает общих аргументов и нельзя уже нападать на мысль, переходят на личности и, поименно называя бывших и нынешних руководителей ЦЗМ, обвиняют их во всех смертных грехах.

тость, обособленность, претензии на исключительность своей роли и т.п. Термин не употребляется (кроме единичных случаев) в нормативных актах РФ. В принципе любая секта может в соответствии с ФЗ “О свободе совести и о религиозных объединениях” от 26 сентября 1997 г. зарегистрироваться как религиозная организация или действовать как религиозная группа, если она не наносит вреда гражданам и обществу в целом. В 1990-е гг. в РФ была отмечена разрушительная роль некоторых религиозных сект, именуемых криминологами как “тоталитарные”. Статья 239 УК РФ устанавливает ответственность за создание религиозного или общественного объединения, деятельность которого сопряжена с насилием над гражданами или иным причинением вреда их здоровью либо с побуждением граждан к отказу от гражданских обязанностей или иным противоправным деянием, а равно руководство таким объединением, участие в его деятельности и пропаганду вышеуказанных идей [5].

В конце концов, действительно существуют тоталитарные и деструктивные секты, наносящие своим адептам реальный вред. Но определять их статус и запрещать их деятельность является прерогативой судебных органов. К примеру, 19 июля 2013 года решением Егорьевского суда Московской области литература “Белого братства” признана экстремистской и подлежит включению в Федеральный список экстремистских материалов. И РПЦ, при всем нашем к ней уважении, не может заменять собой судебные органы. Т. наз. “пятидесятники” существуют на территории России много лет, и пока никто и нигде не признал их деятельность “вредоносной”.

Обвинение конкурентов в сектантстве далеко не новый способ попытки их дискредитации. “Упадок отечественной психиатрии, — отмечает Ю. С. Савенко, — выразился во множестве с 1995 года судебных процессов по всей стране в попытке подавить самостоятельные религиозные организации, живое многообразие религиозной жизни, под выдуманным предлогом “принесения грубого вреда психическому здоровью и деформации личности”. Выдуманным потому, что этим религиозным организациям вменялось в качестве преступных действий все то, что использовалось и используется и в разрешенных конфессиях. Безграмотный термин “тоталитарные секты” был впоследствии заменен на “деструктивные культы... И так, начавшись с манипулятивного использования психиатрии для подавления неугодных религиозных организаций, понятие “тоталитарные секты” было с той же манипулятивной целью окончательно и полностью политизировано и использовано в качестве избирательного ярлыка для всего, что следует ликвидировать” [37].

Степень озлобленности выступлений организаторов и исполнителей рассматриваемой кампании, прежде всего в электронных СМИ, наталкивает на мысль,

что это делают далекие от религии миряне, а не духовные люди. “Я часто удивлялся, — признавался Б. Спиноза, — что люди, хвалящиеся исповеданием христианской религии, т.е. исповеданием любви, радости, мира, воздержанности и доверия ко всем, более чем несправедливо спорят между собою и ежедневно проявляют друг к другу самую ожесточенную ненависть; так что веру каждого легче познать по поступкам, чем по добродетелям...” [42, с. 113].

К развернувшейся кампании по дискредитации ЦЗМ ее организаторам, среди которых главенствующую роль следует предполагать за РПЦ, удалось привлечь депутата Государственной Думы РФ Н. Валуева, в прошлом чемпиона мира по боксу в супертяжелом весе среди профессионалов. С его легкой (а, вернее, тяжелой) руки вопрос реабилитации потребителей наркотиков рассматривается в Госдуме (sic!). К несчастью для Н. Валуева и К°, победить здесь с помощью кулаков невозможно. Пользуясь своими депутатскими возможностями, он организовал под видом обсуждения проблем реабилитации наркозависимых специальное совещание, центральное место в котором заняли все те же “доказательства” принадлежности ЦЗМ к секте, и сам выступил на нем с речью [35].

Впрочем, инвективы Н. Валуева можно встретить и в других СМИ, где он, изрекая пространственные сентенции и не представляя каких-либо доказательств, стремится утвердить достоверность своей точки зрения постоянными повторениями. Н. Валуев так же пытается свои обывательские представления о сущности реабилитации выдать за профессиональные и, похуже, судя по его все возрастающей активности, имеет непомерные претензии считать главным экспертом в области реабилитации наркозависимых. У стороннего наблюдателя действительно может сложиться впечатление, что именно Н. Валуев является в этой области самой крупной фигурой, которую мы можем лицезреть (рост 213 см, вес 146 кг).

Куда тут директору Института реабилитации Национального Научного Центра наркологии МЗ РФ докт. мед. наук., проф. Т. Н. Дудко? Кстати, проф. Т. Н. Дудко, много лет активно сотрудничавший (как, впрочем, и другие сотрудники ННЦ наркологии) с ЦЗМ, не участвует в травле. Что же касается других организаций и частных лиц, также много лет работавших совместно с ЦЗМ, то, не вмешиваясь в ситуацию, они заняли выжидательную позицию, не зная, на каком уровне сверху поддерживается кампания дискредитации.

Для сведения читателей. По поручению Зам. Председателя Госдумы РФ С. В. Железняк от 16 июля 2014 г. Московским научно-практическим центром наркологии была проведена выборочная проверка качества оказания реабилитационной помощи лицам с наркологическими расстройствами в региональных филиалах Благотворительного Фонда по формированию здорового образа жизни “Центр здоровой моло-

дежи” В письме от 17.09.2014 г. № 1684 за подписью Главного нарколога МЗ РФ Е. А. Брюна указано, что “реабилитационные центры работают в соответствии с законодательством Российской Федерации. Признаков использования в работе псевдорелигиозной и оккультной деятельности выявлено не было”. Кстати, родители наркоманов, да и они сами, не читающие журнал “Наркология” и протоколы заседаний Госдумы, а имеющие более надежные источники информации, продолжают, как и ранее, обращаться в реабилитационные центры ЦЗМ.

Считаем необходимым сказать несколько слов и о той общественно-политической ситуации в России, на фоне которой в пространстве нашей культуры происходят рассматриваемые события. Акад. П. И. Сидоров отмечает “выделение М. М. Решетниковым трех традиций российской ментальности:

1) “русской исторической гордыни”, берущей начало еще с эпохи первых попыток сотворения “Третьего Рима” (или “Новой Византии”):

2) “исторической русской экспансии”, сопряженной с культивированием особой “мессианской” роли России по отношению к сопредельным народам и государствам;

3) “ориентации на первое лицо государства”, независимо от его официального наименования, провозглашаемых им исторических ориентиров или декларируемых нравственных идеалов и ценностей” [40, с. 23]⁸.

“Пока государство, или, говоря точнее, — правительство, — считает Ф. Ницше, — рассматривает себя как опекуна несовершеннолетней толпы и в ее интересах обсуждает вопрос, нужно ли сохранять или устранить религию, — до тех пор он, вероятно, будет всегда решаться в пользу сохранения религии. Ибо религия удовлетворяет душу отдельной личности в случае потери, нужды, ужаса, недоверия, т.е. там, где правительство чувствует себя бессильным сделать что-либо непосредственно для облегчения душевных страданий частного лица” [25, с. 312]⁹.

Как не вспомнить здесь стихотворение И. Бродского “Представление” (1986 г.) :

“... Входит некто Православный, говорит:

“Теперь я главный.

У меня в душе Жар-Птица и тоска по государю.

Скоро Игорь воротится насладиться

Ярославной.

Дайте мне перекреститься, а не то

— в лицо ударю.

⁸ По словам знаменитого испанского кинорежиссера Луиса Буньюэля, “Бог и Родина — беспроегрившая парочка, их рекорд в том, что касается угнетения и пролитой крови, не побить никому” (Цит. по [11]).

⁹ “Cuiusregion, eiusreligio” — чья власть, того и вера. Принцип Аугсбургского мира 1555 г., определивший отношения протестантских князей с императором Карлом V.

Хуже порчи и лишая

— мыслей западных зараза.

Пой, гармошка, заглушая саксофон

— исчадь джаза...” [6, с. 230]¹⁰.

При чтении бесконечных экзерсисов г-на Н. Каклюгина¹¹ у читателя создается впечатление реализации существующего заговора против России, организованного западным спецслужбами. К примеру, автор пишет о чиновниках и государственных служащих, “немалая часть из которых является проводником антирусской политики наших зарубежных недоброжелателей” [20, Ч. 1, с. 95]. Не забыл Н. Каклюгин привести и цитату из интервью Главы ФСКН В. П. Иванова от 26 июня 2014 г., который “подтвердил причастность поддерживаемых зарубежными грантами неопятидесятнических (или как иначе говорят — неопятидесятнических) религиозных организаций в подготовке и проведении на Украине государственного переворота, так называемого “Евромайдана” [20, Ч. 2, с. 94]. Более того, Виктор Иванов заявил 14 июля с.г.: “Все мы помним известную ситуацию с массовыми отравлениями в сентябре — октябре 2014 года в 16-ти регионах Российской Федерации новым неподконтрольным синтетическим веществом MDMA. Называя вещи своими именами, на территорию России был осуществлен самый настоящий “вброс” нового вида наркотика с выраженными свойствами боевого отравляющего вещества” (sic!) [8].

С нашей стороны было бы столь же рискованной, сколь и неадекватной задачей комментировать приведенные г-н Н. Каклюгиным пространные высказывания апологетов веры, подвергать анализу сущности различных религиозных течений или вообще делать заявления по вопросам, находящимся далеко за пределами нашей компетенции. При этом, предвидя возможную реакцию оппонентов, мы готовы к тому, что наши замечания будут восприняты адептами РПЦ таким образом, как это описывают ведущие современные социальные психологи Л. Росс и Р. Нисбетт: “Претензии, действия и их оправдания, приводимые противоположной стороной, объясняются корыстными намерениями или предвзятостью подхода и даже расцениваются как свидетельство присущей противнику непорядочности и бесчеловечности. Более того, протесты и попытки вмешательства со стороны третьих лиц отменяются из-за того, что они якобы основаны на ложных посылах, что служит дополнительным подтверждением того, что лишь “наша” сторона видит истину и вполне понимает создавшееся положение, что лишь “мы” одни в состоянии оценить нера-

¹⁰ Некоторые признаки клерикализации российской наркологии отмечены нами ранее [31, 32].

¹¹ А. Жолтовский вспоминает знаменитую формулу, что способность долго не кончать — талант, нужный любовнику, но не оратору” [15, с. 228].

зумность и вероломство противоположной стороны” [36, с. 21].

Организаторам рассматриваемой кампании удалось вовлечь в процесс и журнал “Наркология”, который охотно предоставляет свои страницы обвиняющей стороне, и, прежде всего, в лице все того же Н. Каклюгина. В первом выпуске журнал за 2015 г. опубликована также и стенограмма заседания фракции ГД и речь Н. Валуева.

В сложившейся ситуации мы вправе задаться вопросом: “Должен ли медицинский узкопрофессиональный рецензируемый журнал, выходящий под эгидой Российской Академии медицинских наук, участвовать в меж- и внутриконфессиональных разборках и выяснять, являются ли лучшими христианами православные или же протестанты?”¹² Следует ли на страницах журнала обсуждать явно с негативными коннотациями религиозные предпочтения и.о. президента другого независимого государства?”

В сообщении 4 рассматриваемой статьи указано, что “продолжение следует...”. Трудно представить, как долго еще этот плодовитый автор и воинствующий апологет православных идей будет злоупотреблять нашим вниманием, но хотелось бы посоветовать редакции журнала “Наркология” переправить его опусы в один из 25 журналов, издаваемых Русской Православной Церковью [30], а самой сосредоточиться на наркологических проблемах, которых вполне достаточно в нашей профессии.

Закончим же наши рассуждения словами древнегреческого философа Фемистия (317–388): “Ты [император] предписал, чтобы в религиозных вопросах каждый руководствовался собственным выбором и чтобы насилием или угрозами никого не заставляли переходить в неодобряемое им вероисповедание... Итак, мудро тобой постановлено, чтобы каждый примкнул к тому вероисповеданию, которое ему представляется убедительным, и в нем искал бы успокоение для своей души... Ибо это божий закон, что волю нашу нельзя сломить никакой необходимостью и запретить ей, независимой и свободной, идти по тому пути возвышенного и священного почитания в вечного верховного разума, который она сама выберет... Сказать правду, самому богу не может быть приятно такое согласие во мнениях, которого добиваются невежественные люди; он сам препятствует этому и, по-видимому, вовсе не хочет слить все мнения воедино... Какое же безумие добиваться того, чтобы все люди, против своей воли, держались одних и тех же убеждений! Этого сделать нельзя, да если бы и можно было, то не следует. Твое решение более мудро, император: ты никого не лишаешь его убеждений,

¹² Кстати, получившее значительное распространение в мире и в т.ч. и России движение АА, в значительной степени основывается именно на протестантских идеях.

но предоставляешь свободу выбора, так чтобы людей не привлекали к ответственности за наименование и форму их религии, по обвинению либо в сеянии смуты в государстве, либо в тайных преступлениях” [45, с. 629 – 633].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Благов Л. Н.* Актуальные проблемы психопатологии аддиктивного заболевания — М. : НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
2. *Благов Л. Н.* Методологические аспекты клинической диагностики в психиатрии-наркологии // *Наркология*. — 2011. — № 7. — С. 90 – 100.
3. *Благов Л. Н.* Синдром абсолютной анозогнозии в клинике химической зависимости // *Наркология*. — 2009. — № 2. — С. 90 – 100.
4. *Благов Л. Н., Демина М. В.* Современные проблемы реабилитации больных с опиоидной зависимостью // *Наркология*. — 2004. — № 10. — С. 52 – 55.
5. Большой юридический словарь / Под ред. А. Я. Сухарева. — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: ИНФРА-М, 2007. — 858 с.
6. *Бродский И. А.* Назидание. Стихи 1962–1989. — Ленинград: СП “Смарт”, 1990. — 260 с.
7. *Булыко А. Н.* Большой словарь иностранных слов. 35 тысяч слов. — М. : Мартин, 2006. — 704 с.
8. Виктор Иванов о перераспределении российского “наркорынка”. Вступительное слово к докладу на Коллегии ФСКН России, Москва, 14 июля 2015. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_78921.htm — Дата доступа: 15.07.2015.
9. *Галкин В. А.* Наркология — раздел психиатрии или самостоятельная медицинская дисциплина? // *Наркология*. — 2004. — № 1. — С. 67 – 68.
10. Главный нарколог России не поддерживает “Город без наркотиков”. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.narkotiki.ru>. — Дата доступа: 7.12.2012.
11. *Докинз Р.* Бог как иллюзия М.: КоЛибри (Иностранка), 2008. — 560 с.
12. *Доронкин В. К.* Правовое обеспечение и стандартизация немедицинской (социальной) реабилитации наркологических больных // *Материалы науч.-практ. конф. “Наркология–2010”*. — М., 2010. — С. 51 – 52.
13. *Дудко Т. Н.* Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с профессиональными реабилитационными центрами // *Наркология*. — 2012. — № 4. — С. 70 – 75.
14. *Дудко Т. Н.* Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // *Вопр. наркологии*. — 2008. — № 3. — С. 80 – 92.
15. *Жолковский А.* Звезды и немного нервно: Мемуарные виньетки. — М.: Время, 2008. — 320 с.
16. Журнал “НаркоНет” № 11-2011. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.narkotiki.ru>. — Дата доступа: 23.11.2012.
17. *Зыков О. В., Автономов Д. А., Сошников С. С.* Рецензия на проект документа Государственная межведомственная программа “Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ” // *Наркология*. — 2013. — № 8 — С. 82 – 87.
18. *Иванов В. П.* О мерах по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года в части создания национальной системы реабилитации. Доклад на заседании Правительства РФ, 20 ноября 2014 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_75187.htm. — Дата доступа: 01.12.2014.
19. *Иванов В. П.* Об организации социальной защиты граждан России от наркомании на региональном уровне в рамках создавае-

- мой национальной системы социальной реабилитации пресоциализации // Наркология. — 2012. — № 12. — С. 3 – 8.
20. *Каклюгин Н.* “От гедонизма и аномии через алкоголь и наркотика к экстатическим псевдохристианским религиозным группам: трезвость любой ценой? // Наркология. — 2015. — Сообщения 1 – 4. — № 2, 3, 5, 6.
 21. *Кулаков С. А., Береза Ж. В., Корчагина Е. К.* Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей // Псих. здоровье. — 2014. — № 1. — С. 16 – 22.
 22. *Лихоман И.* Выбить дурь. Саратовских наркоманов будут реабилитировать силовики? [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_42766.htm. — Дата доступа: 01.12.2014.
 23. *Менделевич В. Д.* Структура этико-деонтологических приоритетов российских специалистов, оказывающих наркологическую помощь // Наркология. — 2010. — № 10. — С. 90 – 94.
 24. *Менделевич В. Д.* Этика современной наркологии. Казань: Медицина, 2010. — 218 с.
 25. *Ницше Ф.* Человеческое, слишком человеческое: Книга для свободных умов / Пер. с нем. — СПб.: Издательская Группа “Азбука-классика”, 2010. — 384 с.
 26. *Ницше Ф.* Антихристианин. Опыт критики христианства. // Сумерки богов / М.: Политиздат, 1990. — С. 17 – 93.
 27. О проблемах реабилитации больных с опиоидной зависимостью / Л. Н. Благов [и др.] // Наркология. — 2004. — № 4. — С. 38 – 41.
 28. *Пелипас В. Е.* Основные принципы и нормы биомедицинской и психиатрической этики как источник развития этических отношений в наркологии // Мир медицины, 2003. — № 10. — С. 24 – 26.
 29. Перечень поручений по итогам заседания президиума Государственного совета [Электронный ресурс]. — Режим доступа http://www.narkotiki.ru/5_78536.htm — Дата доступа: 08.08.2015.
 30. Периодические издания РПЦ [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://drevo-info.ru/articles/2971.html> — Дата доступа: 08.08.2015.
 31. *Плоткин Ф. Б.* Клерикализация как новое явление в российской наркологии // Наркология. — 2013. — № 3. — С. 86 – 97.
 32. *Плоткин Ф. Б.* Credo quia absurdum est, или О некоторых оригинальных подходах к терапии при аддиктивной патологии. Сообщ. 1 // Наркология. — 2014. — № 4. — С. 90 – 98. Сообщ. 2 — № 5. — С. 94 – 101.
 33. *Плоткин Ф. Б.* Масштабы наркотизма как угроза национальной безопасности России: заинтересован ли кто-нибудь в минимизации последствий? Сообщ. 2. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=235&t=2023&p=3422#p3422> — Дата доступа: 08.08.2015.
 34. *Плоткин Ф. Б.* Масштабы наркотизма как угроза национальной безопасности России: заинтересован ли кто-нибудь в минимизации последствий? Сообщ. 3. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=235&t=2023&p=3441#p3441> — Дата доступа: 08.08.2015.
 35. Разработка критериев оценки деятельности центров по реабилитации и ресоциализации наркозависимых. Итоговая резолюция участников рабочего совещания депутата ГД Николая Валуева 22 июня 2015. [Электронный ресурс]. — narkotiki.ru/5_77823.htm. — Дата доступа: 08.08.2015.
 36. *Росс Л., Нисбетт Р.* Человек и ситуация. Перспективы социальной психологии / Пер. с англ. — М.: Аспект Пресс, 1999. — 429 с.
 37. *Савенко Ю. С.* Отечественная психиатрия в эпоху упадка // Независимый психиатрический журнал. — 2015. — № 1. — С. 9 – 18.
 38. Сайт Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.old.diaconia.ru/> — Дата доступа: 10.12.2014.
 39. *Сидоренко Г. И.* Перспективные направления кардиологической профилактики в Республике Беларусь // Медицинские новости. — 2007. — № 9. — С. 41 – 43.
 40. *Сидоров П. И.* Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Псих. здоровье. — 2014. — № 6. — С. 22 – 38.
 41. *Сидоров П. И.* Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Псих. здоровье. — 2014. — № 12. — С. 65 – 75.
 42. *Спиноза Б.* Богословско-политический трактат: Пер. с лат. и гол. — Харьков: “Фолио”, 2001. — 656 с. (Б-ка “Р.Х. 2000”. Серия “религиозная философия”)
 43. Указ Президента РФ Б. Н. Ельцина № 1044 от 19.07.1996 “О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа” [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://sbornik-zakonov.ru/214889.html>. Дата доступа: 10.08.2015.
 44. Указ Президента РФ от 16 июля 2012 г. № 999 “О внесении изменений в Указ Президента Российской Федерации от 28 июля 2004 г. № 976 “Вопросы Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков” [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.online.zakon.kz/Document?doc_id=31228724 — Дата доступа: 01.12.2014.
 45. *Фемистий.* Валенту о вероисповеданиях // Поздняя греческая проза: пер. с древнегреческ. — М.: Гос. изд-во художественной литературы, 1960. — 695 с.
 46. *Цицерон.* О природе богов // Философские трактаты: сб. тр. — М.: Наука, 1985. — С. 60 – 190.
 47. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях / Р. И. Теркулов [и др.] // Вопр. наркологии. — 2000. — № 1. — С. 65 – 70.

Еще раз о сочетанных формах психической патологии

Разбор ведет проф. Б. Н. Пивень, врач-докладчик к.м.н. А. А. Примоченок¹

В данном случае несколько отступим от принятой в НПЖ формы публикации клинических разборов, отметив в самом начале, что предлагаемым примером нам бы хотелось лишний раз привлечь внимание специалистов к обозначенной в заглавии теме. Дело в том, что проблему сочетанных (коморбидных) форм психических заболеваний можно отнести к разряду парадоксальных. С одной стороны — она как бы существует — по крайней мере, не встречается суждений, прямо отрицающих ее. С другой — ей в психиатрии уделяется крайне мало внимания, что может говорить о ее якобы незначительности, и, следовательно, косвенном отрицании ее. Так, проведенный нами анализ публикаций в пяти российских ведущих психиатрических журналах за семь лет (2007 – 2013 гг.) показал, что из сотен статей, помещенных в них за эти годы, только 29 посвящались сочетанной патологии. Причем только в двух из них рассматривались общие положения сочетанных заболеваний. Остальные же включали частные вопросы. Важно добавить, что и в последние годы (2011 – 2013) интерес исследователей к сочетанной патологии не получил развития. За это время в данных журналах удалось найти только 8 работ обсуждаемой направленности.

Отсутствие должного внимания к рассматриваемой патологии убедительно иллюстрирует тот факт, что она даже не упоминается в Национальном руководстве по психиатрии (2009 г.). А основной диагностический инструмент психиатрии (МКБ-10) весьма своеобразно рассматривает ее. Согласно этой классификации, следует чисто механически разделять сосуществующие заболевания, о чем говорит комментарий к кодированию более одного диагноза: "...обычно лучше всего отметить один из них в качестве основного, а остальные — в качестве вспомогательных или дополнительных". При этом рекомендуется отдавать предпочтение диагнозу расстройств, послуживших причиной обращения пациента к врачу. И здесь невольно возникает ряд вопросов, говорящих о слабости и даже надуманности предлагаемого действия. В частности, если больной со злокачественно протекающим алкоголизмом и шизофренией обра-

тился к наркологам, то какое из них им следует оценивать как главное, а какое — второстепенное?

Судя по подготовленному проекту МКБ-11, в ней не предусматривается рубрик, включающих обсуждаемую тематику.

Говоря о статусе сочетанных психических заболеваний, нельзя не отметить того, что они не предусмотрены и в перечнях болезненных состояний официальных форм отчетности психиатрических лечебно-профилактических учреждений.

Наряду с этим, как показывают наши масштабные исследования, сочетанные формы психических заболеваний представляют одну из наиболее актуальных проблем психиатрии. Об этом говорит значительная их распространенность в общей структуре психической и наркологической патологии, сложность их диагностики, неблагоприятное течение и, самое главное, необходимость разработки мероприятий по их профилактике и терапии.

Полагаем, что приводимый случай может служить, в известной степени, иллюстрацией вышеизложенного.

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больная Ч. 48 лет. Поступила в дневной стационар Алтайской краевой клинической психиатрической больницы 29 января 2015 г., впервые.

Жалобы: на "подавленность", отсутствие желания что-либо делать, чем-то заниматься, видеть людей, общаться, ухаживать за собой, выполнять домашние дела. Постоянное "невыносимое" чувство тоски, и тревоги, которые локализуются, судя по жестикуляции больной, в эпигастрии и за грудиной. Тревога мешает засыпать. Беспокоят также ранние пробуждения. Просыпается с мучительным предчувствием беды, из-за чего не может найти себе места, целыми днями "мечется по дому". Снижение либидо, аппетита, похудание — "с лица спала" (уточнить, сколько килограммов потеряла, не может). Периодически (до 3 – 4 раз в неделю) приступы страха, тревоги, сопровождающиеся учащением сердцебиения, чувством нехватки воздуха, "волной" жара, потливостью, колебаниями АД до 140/90. Приступы до 15 – 20 минут, дневные. Головокружения в любом положении тела, усиливающиеся при перемене положения тела, повороте головы, связанное с этим пошатывание при ходьбе. Периодически головные боли без четкой локализации, не связанные с колебаниями АД и другими

¹ Кафедра психиатрии и наркологии Алтайского государственного медицинского университета. Присутствуют интерны и клинические ординаторы кафедры (11 февраля 2015).

факторами, ощущение тяжести, напряженности в голове. Утомляемость, чувство бессилия, рассеянность, забывчивость.

Анамнез заболевания (со слов больной, ее мужа, сестры и из медицинской документации). Больна с зимы 2007 года, когда “на ногах” перенесла грипп с повышением температуры тела выше 39 градусов, миалгиями, “ломотой” во всем теле. Несмотря на все эти явления, продолжала работать (на тот момент технической). Во время болезни появилось головокружение, которое сохранялось и по миновании острого состояния и было настолько выраженным, что, по словам мужа, больная не могла ходить, “качало во все стороны”, “держалась за стены”, приходилось “водить” ее.

После болезни сохранялась слабость, снизился, а потом и вовсе пропал аппетит, появилась тревога, вначале за здоровье (не проходило головокружение), потом она потеряла предметность и стала ощущаться как “предчувствие беды”, приобрела физическую составляющую и локализовалась за грудиной. Порою тревога становилась особенно интенсивной. Появились приступы страха с учащением сердцебиения, одышкой, чувством жара во всем теле, потливостью. Приступы иногда сопровождалась учащенным мочеиспусканием. Снизилось настроение, пропал сон. С этим состоянием в апреле 2007 года лечилась в неврологическом стационаре районной больницы. Получала пираретам, эуфиллин, сибазон, ношпу, церукал. Эффекта не отмечала. Вскоре приехала погостить мать и забрала больную к себе (в соседнее село), чтобы та “сменила обстановку”. Мать давала ей феназепам по 1/2 таблетки на ночь, некоторое непродолжительное время (точно установить не удалось). В течение последующих нескольких месяцев больная стала спать, есть, “ожилась”, к осени стало легче, и она вернулась домой. Сохранялось незначительное головокружение.

В апреле 2008 года состояние ухудшилось. Отметила, что после физической нагрузки (помогала мужу по хозяйству) ночью началась “карусель” — почувствовала выраженное головокружение. Утром резко снизилось настроение, не хотелось никого видеть, заниматься домашними делами, “ничто не было мило”, появились слабость, волнение, тревога — “внутри все тряслось”, пропал аппетит, в последующем нарушился сон, присоединились описанные выше приступы, отмечалось повышение температуры тела до 37,2 градусов. В это время “жила через силу”, запустила дом, огород, все было на взрослых дочерях, муже. Вместе с тем отмечает периодические “просветления” на 1 – 2 дня, иногда неделю, когда становилось несколько легче. По поводу данного болезненного состояния в ноябре 2008 вновь лечилась в неврологическом отделении (амитриптилин, нозепам, сернокислая магния, кавинтон, пираретам, витамины группы В, С, физиотерапия) без эффекта. Вспоминает, что на Новый год никуда не пошла, несмотря на приглашения, все

время старалась держать себя в руках, чтобы не огорчать близких, “притворялась здоровой”.

К весне 2009 года спонтанно наступило улучшение, продолжавшееся до 2012 года. Сохранились лишь незначительные головокружения.

С 2012 года стали “путаться” месячные. В августе 2012 года появилось “предчувствие” приближающегося ухудшения — усилились головокружения, появились головные боли, почувствовала внутреннее волнение. Решив предупредить дальнейшее развитие болезненного состояния, обратилась в районную больницу. Лечилась у невролога с некоторым улучшением. Однако после курса физиотерапии (ее вид установить не удалось) произошло резкое ухудшение. Вновь усилились головокружения, тревога. Снизились настроение и аппетит, пропал сон. Кроме того, стала чувствовать, как “болит душа”. Это ощущение локализовалось “под ложечкой”. Весной по настойчивой рекомендации сестры начала лечение у “хорошего” невролога в платной клинике. После трех курсов разнообразного (в том числе массажи и блокады), но безуспешного лечения по совету этого же невролога обратилась к участковому психиатру и была направлена в психиатрическую больницу в отделение для больных с пограничными формами психической патологии.

Лечилась с 29 апреля по 27 мая 2013 с диагнозом: Органическое заболевание головного мозга сложного генеза (инфекционного, интоксикационного, сосудистого). Психоорганический синдром I стадии. Диэнцефальные кризы. Тревожно-депрессивный синдром. Получала реланиум, пираретам, витамины группы В, хлорпротиксен, амитриптилин, энкорат-хроно. Судя по дневникам истории болезни и эпикризу, наблюдалось улучшение -на момент выписки “выровнялось настроение, нормализовался сон, купировались диэнцефальные кризы”. Однако со слов самой пациентки, на фоне лечения изменений в состоянии не отмечала, хотя и продолжала по рекомендации лечащего врача принимать амитриптилин еще около месяца. К осени 2013 года постепенно наступило спонтанное улучшение.

В январе 2014 вновь появилось “предчувствие” ухудшения — стала раздражительной, тревожной. 19 января 2014 проснулась с тревогой, которая “переходила из груди в голову”, не хотела есть, вставать с постели, была подавлена, чувствовала тоску. Вновь обратилась к неврологу. Лечилась стационарно с18 по 28 февраля 2014 года (амитриптилин, акатинол-мемантин, винпоцетин, эглонил, мексидол, глицин, бетагистин). Лучше не стало, напротив, 21 – 23 марта 2014 было “совсем плохо”, “лежала”. К лету все болезненные проявления также самостоятельно купировались, осталось, как и раньше, легкое головокружение.

“Предчувствие” ухудшения вновь появилось в последнюю неделю июля. 1 августа 2014 проснулась и сразу поняла, что “это наступило”, с большим трудом поехала с мужем на базар (в доме были гости), но покупками не занималась, “просидела в машине”. Весь

месяц была подавлена, тревожна, “металась по дому”, не спала, усилились головокружения, вегетативные кризы, пишу сама не готовила, приготовленное дочерями ела мало, с неохотой, состояние сопровождалось выраженной слабостью. Вновь лечилась у невролога амбулаторно (актовегин, бетагистин, билом-форте, амитриптилин, церетон). На фоне терапии уменьшились головокружения. К середине сентября эмоциональное состояние стало выравниваться. Но в ноябре вновь сделалось хуже, постепенно развились все описанные выше симптомы, обратилась к неврологу районной больницы (4 декабря 2014). Был назначен пантогам и атаракс, рекомендована МРТ головного мозга. В декабре 2014 года заведующая сельским клубом, готовившая новогоднее представление, настойчиво попросила подменить отсутствующего в последний момент актера. Несмотря на плохое самочувствие в силу характера не смогла отказать, кроме того думала, что “на людях” будет легче, надеялась отвлечься. Но сильно уставала, ощущала тяжесть, туман в голове, хотелось ее “проветрить”, ходила в клуб с помощью дочери, там “придерживалась” за стены, с каждым днем чувствовала себя все хуже. Вновь обратилась к неврологу районной больницы. По его рекомендации сделала МРТ головного мозга.

Состояние ухудшалось. Видя это, сестра дала одну таблетку феназепама, после приема которой проспала ночь и на утро чувствовала себя лучше, появилась надежда, что все пройдет. Тем не менее, в тот же день (29 января 2015) под руководством сестры обратилась к участковому психиатру и была направлена в наш дневной стационар.

Дополнительные сведения (со слов сестры): До болезни (2007 г.) была веселой, жизнерадостной, любила гостей, активно участвовала в общественной жизни своего села. Теперь изменилась, периоды “нормального” состояния стали редкими, “потухли глаза”. Сестра стала замечать, что в периоды болезни больная закрывает шторы и тогда ее можно застать дома “забывшейся в угол”, иногда она сама просит прийти к ней, так как не находит себе места, мечется по дому, неоднократно жаловалась на тревогу, “душевную боль”.

Анамнез жизни. Больная родилась вторым ребенком, имеет трех сестер и брата, которые психически здоровы. Беременность и роды матери протекали без особенностей. Росла и развивалась нормально. Во время учебы в средней школе вместе с сибсами проживала интернате (школа находилась в соседнем селе), была хорошо адаптирована, успевала хорошо. Окончила 11 классов в 1984 году, педагогическое училище, работала воспитателем в детском саду, поступила в педагогический институт, училась заочно, но вынуждена была бросить учебу и работу из-за болезни и инвалидности дочери (патология позвоночника). В последующем подрабатывала техничкой.

В браке с 21 года, отношения с мужем хорошие, доверительные. Имеет двух дочерей (27, 24 лет) и 17 летнего сына. Живут в сельской местности, все вместе в своем доме, имеется хозяйство, в семье достаток.

С детства помнит, что мать всегда была “больной”, постоянно лечилась в больницах, где якобы уменьшалась тревога, а дома “умирала”. У психиатра никогда не лечилась, так как жили в деревне и “не понимали, что это такое”. Помнит как мать, только вернувшись из больницы, просила мужа отвезти ее обратно, подолгу сидела на крыльце или металась по дому, хозяйством занимался преимущественно отец. Такое состояние тянулось годами со “светлыми” промежутками, до семи лет. После климакса (58 лет) все расстройства прошли “сами собой”, последние десять лет чувствует себя хорошо. Наблюдая болезнь дочери, сочувствовала ей, повторяла, что у нее “то же самое”.

Характером в мать — тревожная, впечатлительная, склонная к хандре, вместе с тем, мягкая, добрая, заботливая, обязательная, ответственная.

В течение жизни перенесла три операции под общим обезболиванием: 1994 г. — холецистэктомия, 1994 г. — аппендэктомия, 2001 г. — тубэктомия в связи с трубной беременностью. Другие экзогенные вредности и хронические заболевания отрицает. Перименопауза с 45 лет.

Психический статус на момент поступления. Больная опрятна, выглядит уставшей, изнеможенной, старше своих лет. Сидит в однообразной позе, опустив плечи. Выражение лица скорбное, мимика малоподвижна, уголки рта опущены, отчетливо видна складка Верагута. Несколько растеряна, с напряжением вслушивается в слова врача, старается уловить суть вопросов, отвечает не сразу, с трудом припоминая события последних дней, говорит, что соображать трудно, в голове “туман”, “устала”, жалуется на плохую память “ничего в голове не удерживается, все дни смешались”, однако ориентирована в полном объеме.

Беседует охотно, по существу, описывая свое состояние несколько оживляется, становится суетливой, неусидчивой. Жалуется на тоску (при этом четко указывает соединенными воедино пальцами руки на точку в области солнечного сплетения), которая переживается крайне тяжело, — “болит душа”, тревогу (порывистыми круговыми движениями руки показывает на грудь), подавленность — “душевно очень плохо”, “ничто не мило”. Жалуясь, остается гипомимичной, не плачет, — “нет сил плакать”, “устала”, не верит в свое выздоровление, повторяет, что пришла только из-за близких, “ведь уже лечилась у вас (у психиатров) и ничего не помогло”, просит назначить ей “капельницы”, несколько раз переспрашивает, когда они будут.

В беседе истощаема, через 30 – 40 минут устала, держится за голову, не может понять разъяснений врача относительно сути ее состояния, уяснить и удержать инструкции по лечению, усвоила только первый шаг после четкого и краткого повторения (следовать в процедурный кабинет на инъекцию). С трудом ориентируется в отделении, с напряжением вчитывается в вывески на кабинетах, помогает муж. Продуктивной психопатологической симптоматики на момент беседы не выявлено. Критика сохранена.

Соматоневрологический статус: Телосложение по астеническому типу. Кожные покровы чистые, тургор снижен. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. ЧМН интактны, носогубные складки симметричны, девиации языка не наблюдаются. Глоточные, брюшные рефлексy сохранены, сухожильные — удовлетворительной живости D=S. Мышечный тонус не изменен, сила мышц конечностей 5 баллов. Чувствительность сохранена в полном объеме. В позе Ромберга слегка покачивается, координаторные пробы выполняет уверенно. Патологических рефлексов нет. При пальпации отмечается незначительная болезненность и напряжение мышц шейного отдела позвоночника.

Общеклинические анализы в пределах нормы.

МРТ головного мозга (19.01.2015): МР картина арachноидальных изменений ликворокистозного характера. Признаки хронического синусита. Вариант развития Виллизиева круга. Небольшая ассиметрия кровотока по V4 сегментам ПА (D. S-образная извитость экстракраниального сегмента правой ВСА).

ЭЭГ с видеомониторированием (11.03.2013): в записи очага патологической активности не выявлено.

Дуплексное сканирование БЦС (27.08.2013): низкое расположение бифуркаций ОСА с обеих сторон. Нарушение хода обеих ВСА и левой ПА. Правая ПА малого диаметра. Снижение скоростных показателей кровотока в левой ПА на интракраниальном уровне. Снижение сосудистого сопротивления в правой СМА. Функциональный резерв мозгового кровообращения достаточный.

Консультация невролога (27.08.2013): ХЦВН сложного генеза (сосудистого, вертеброгенного), вестибулопатический, цефалгический синдром. Доброкачественные пароксизмальные позиционные головокружения. Психовегетативный синдром. Угловая извитость левой ВСА. Остеохондроз ШОП, хронический рецидивирующий тип течения, грыжа диска С6-С7, цервикалгия, умеренный болевой и мышечно-тонический синдром.

Консультация окулиста (13.11.2008): ДЗН бледно-розовые, четкие. Артерии сужены, прямолинейны, вены умеренно расширены. Сетчатка спокойная. Заключение: Ангиопатия сосудов сетчатки.

Консультация гинеколога (7.02.2015): Дисфункциональные маточные кровотечения перименопаузального периода. Аденомиоз I.

Консультация инфекциониста (30.05.2013): На момент осмотра данных за инфекционное заболевание не выявлено.

Консультация оториноларинголога (04.02.2015): искривление носовой перегородки.

Результаты патопсихологического исследования (10.02.2015). Испытуемая контакту доступна, в беседе пассивна, особой заинтересованности к процедуре исследования не проявляет, на вопросы отвечает односложно. Эмоциональный фон снижен, мимика скудна, монотонна. Во время всей процедуры иссле-

дования испытуемая периодически указывает на утомляемость, однако, общий темп выполнения заданий свидетельствует об обратном. Несмотря на состояние, предложенные задания выполняет старательно, в работе наблюдается медленная вработываемость при выполнении ряда методик.

Так, временные показатели таблицы Шульте улучшаются при каждом последующем предъявлении: 47, 38, 32, 31 сек., в одной из таблиц отмечается потеря цифры, что существенно отражается на времени выполнения задания. Явление медленной вработываемости проявляется также при выполнении методики на запоминание. Мнемограмма 10 слов: 5, 9, 9, 8, 9, через час 10 слов, имеется лишнее слово в одном из предъявлений. Объем опосредованного запоминания достаточный, верно воспроизводит все предложенные слова-стимулы. В общей структуре рисунков доминируют атрибутивные, метафорические и символические образы.

В мышлении доминирует категориальный уровень обобщения, справляется с пробами на классификацию и исключение, однако, при этом в ряде случаев затрудняется с категоризацией названия выбранного обобщающего признака.

При оценке эмоционального состояния и личностных особенностей учитывались результаты МЦВ Люшера и опросника СМОЛ. Выводы: для пациентки характерен сниженный фон настроения, обостренное чувство тревоги, ей свойственна реакция ухода от активных социальных контактов, неуверенность в себе, нерешительность, тенденция к тщательной перепроверке своих поступков и проделанной работы, обязательность и ответственность. А также — выраженная ориентация на мнение группы, высоко развитое чувство долга, приверженность к общепринятым нормам, склонность к альтруистическим проявлениям, проявление конформности, склонность реагировать на неудачи и ошибки повышенным чувством вины и самобичеванием, стремление к избеганию конфликтов, которые переживаются чрезвычайно болезненно.

Таким образом, характер выявленных когнитивных нарушений в сочетании с данными проективной методики и личностного опросника указывают на выраженность депрессивного состояния пациентки. В личности заострены черты психастенического типа.

Также в ходе исследования были выявлены единичные маркеры церебрально-органической патологии (“потеря” цифры при выполнении пробы на внимание, явление конфабуляции в пробе на запоминание), которых, однако, недостаточно для выделения патопсихологического органического симптомокомплекса.

Ведущий: Что она получала? — *Она получала амитриптилин 2,0 и сульпирид 2,0 в/м № 10 и амитриптилин в таблетках, на сегодняшний день (11 февраля 2015) нарастили до 150 мг в сутки. После инъекций получает также сульпирид в таблетках, пока 50 мг в сутки. Выбор сульпирида обусловлен тем, что кроме того, что на этой дозе он оживляет, он еще и, в малых дозах, показан для купирования вестибулопа-*

тий любого генеза. — Какова динамика ее состояния вот эти десять дней, чуть больше? — На настоящий момент существенно ее состояние изменилось. Она “ожилла”, уменьшилась тревога, улучшился сон, улучшился аппетит, купированы дисэнцефальные кризы, но остается несколько заторможенной, хотя и не такой как в первые дни, все же более собранная, сосредоточенная, контакт с ней более продуктивен, ведь в первые дни приходилось за руку ее по отделению водить. Иными словами динамика положительная. — Нейрохирург не смотрел ее? — Нет. — А глазное дно ей смотрели? — Да, выявляют ангиопатию сосудов сетчатки. — А бывает ли, что депрессии протекают без вот этих приступов дисэнцефальных? — Как правило, когда она начинает себя плохо чувствовать, развивается эпизод, то усиливаются головкружения, повышается температура тела до субфебрильной и появляются и эти состояния. — А какие-то эпилептические пароксизмы бывают у нее, бессудорожные может быть? — Специально не спрашивала.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Здравствуйте, проходите, пожалуйста, вот сюда садитесь, это доктора. Вы не против с нами в таком составе побеседовать? — *Здравствуйте, нет, не против.* — Не против, да, ну хорошо. Скажите, пожалуйста, Елена Алексеевна (имя и отчество больной изменены), сколько времени вы уже находитесь здесь на лечении? — *Десять дней?... Пока мне уколы ставили..., дней девять-десять. Десять дней.* — Ну, примерно так называли, а поточнее не можете вспомнить? — *Ну, почему, вспомню.* — Ну ладно, а как память у Вас? — *Плоховато.* — Плоховато, постоянно плоховато или когда Вам плохо и память хуже? — *Когда плохо.* — А плохо в чем заключается? — *Ну, что голова кружится и такие волнения, здесь вот волнение (показывает на эпигастрий, потом грудину).* — Тут вот. — *Да, когда тут болит вообще...* — А они как-то связаны, как душа болит сверху — снизу, связаны между собой ощущения эти, да, и в это время и головокружения эти тоже. А раньше было так, чтобы головокружения были, а вот этих волнений не было? — *Да, в самом начале.* — А что началось раньше, головокружение или... — *Да, головокружение.* — Задолго раньше? — *Ну почти что, почти что сразу, когда я гриппом переболела и меня лечили от гриппа.* — А вот так, да. — *Я его перенесла на ногах, я работала, потом начались головокружения.* — Скажите, пожалуйста, с течением времени лучше становится, хуже или на одном уровне, то лучше, то хуже? — *Я думаю, что хуже в этот раз.* — Хуже в этот раз. — *Да, тоже седьмой, восьмой, девятый. Три года я болела, как-то были хорошие перерывы.* — А вот тогда седьмой, восьмой, девятый годы месячные тогда были у Вас? — *Да.* — А когда они стали у Вас прекращаться? — *Года три назад.* — Года три назад. А какую-то связь заметили с тем, что месячных не стало, они стали путаться, и со-

стояние меняется? — *Я сначала не заметила.* — Не заметили. — *Да, что это как-то связано, потом сестра скажет, подруга: “а может у тебя из-за этого, и я стала думать, что возможно. Еще мне гинеколог тоже говорила, что...”* — А вот эти состояния неприятные, они когда бывают более выражены, утром, днем, вечером? — *Утром.* — Утром больше выражены, да? К вечеру полегче? — *К вечеру полегче.* — А вот скажите, когда Вы были младше, девочкой были, постарше, было ли что-то похожее по настроению, чтобы оно менялось? — *Было.* — Было. Надолго менялось? — *Ну, значит...* — Без причин. — *А, без причин?* — Да, чтобы причин нет, а вот как-то грустновато, ничто не интересует, не радует. Не было такого? — *Нет.* — Не было, да. А скажите, когда к вечеру, Вы говорите лучше, а физически лучше чувствуете тоже себя? — *Да.* — Настроение лучше и физически тоже лучше. Теперь скажите, я правильно понимаю, что судя по тому, как Вы рассказываете и показываете на грудь, у Вас кроме тревоги и одновременно с ней бывают и другие какие-то неприятные состояния, похожие на приступы? — *Как?* — Ну, что-нибудь еще помимо этой тревоги. — *Физически?* — Ну, физически. — *Сердце колотится и трясет.* — Сердцебиения. — *Сухость во рту, ну это сейчас, наверное, что от лекарств.* — Да, это от лекарств, а когда лекарств нет, сухость была? — *Да сухость во рту, я есть не могу.* — А мочеиспускания нет учащенного в это время? — *Да.* — Есть такое. Не потеете сильно в это время? — *Нет.* — Такого нет. — *А, да, было у меня один год, в тринадцатом или в двенадцатом, я заболела, у меня как жар был, ну жарко так станет и в пот, в холодный.* — Елена Алексеевна, бывало, чтобы Вы что-то делали и не помнили как, чтобы стерлось все из памяти и себя не помнили? — *Нет.* — Такого не бывает. А скажите, так бывает когда-нибудь, чтобы в новом месте такое чувство Вы испытывали, что уже были много раз здесь? — *Нет.* — Не просто знакомое, ну, к примеру, Вы здесь у нас первый раз, а чувство, что Вы уже были? — *Нет, тут я не была.* — Похожих, я понимаю, что здесь Вы не были, а похожих. — *Нет.* — А таких не было явлений, чтобы в знакомом месте, Вы чувство испытывали, что все здесь чужое какое-то, непонятное? — *Нет.* — Также не было. Бывало так, чтобы слышалось что-то необычное или виделось то, чего быть не должно. — *Нет.* — Такого не было. А так не было, чтобы возникло ощущение, что тело меняется в размерах, форме? Как-то там ноги, руки больше, меньше, чувство такое. — *Да, руки.* — А как это? — *Ну, не знаю, как будто они большие, тяжелые.* — Это когда бывает, когда плохое настроение или когда вот этот приступ? — *Когда стараешься уснуть.* — Так. — *Вот, тогда руки какие-то тяжелые, и такое чувство, что большие и посмотрю на руки, все нормально.* — Тогда нет этого, да. А окружающее, чтобы так же менялось в размере, форме? — *Нет.* — Такого не было, только руки. А часто это бывает? — *Нет.* — Это тогда когда... — *Несколько раз только было, давно уже.* — А вот не меняются тре-

возможность или плохое настроение, что-то больше преобладает, либо тревога, либо плохое настроение или оно все вместе? — *Ну, бывает либо тревога и голова кружится, но как-то не сильно, а бывает, наоборот, что сильно голова кружится, а тут (показывает на грудь) все спокойно, а когда вместе все, вот тогда я бегая. — Вот так. — Тогда я бегая по комнате. — То есть они бывают и как-то разорваны, по отдельности. А они подолгу бывают эти состояния тревоги, по сколько они тянутся? — Да я вот этот месяц как сюда попала. Три месяца, я как встаю утром, даже еще не встала, сквозь сон чувствую у меня это уже вот тут (показывает на грудь), и все я весь день так хожу. Бывает так, что час какой-то два такое просветление, ну я начинаю все делать по дому, потом какая-то опять тяжесть и все. — А сейчас в процессе лечения полегче стало Вам?. — Да, полегче. — Заметно легче? — Да, да заметно. — А вы такое лекарство “тизерцин” принимали когда-нибудь? — Нет. — Не слышали о таком препарате? Скажите, пожалуйста, у Ваших родственников по отцовской, по маминной линии был кто-то болен по нашей части, так чтобы у психиатра наблюдался? — Нет. — Нет, не было такого. — Просто бабушка, но она уже по старости. — А, что бабушка по старости? — А она уходила из дома, и боялись, что потеряется. И путала людей, но ей восемьдесят лет было. — Понятно, это уже состояние такое из-за возраста. — У мамы были вот такие состояния, но конечно она к психиатру не обращалась, потому что она в деревне живет, куда? — Скажите, пожалуйста, у Вас было несколько операций, их делали под наркозом или уколами обезболивали? — Дышать давали маску. — А еще грипп перенесли “на ногах”. — Да. — Это в каком году грипп “на ногах” перенесли? — В 2007. — В седьмом, а до седьмого года было, что-то похожее, я как-то тут не уловил момент, до седьмого года было что-то похожее? — Депрессия? — Да. — Да. — Было? А были какие-то причины для развития депрессий, в семье, дети, что-нибудь? — Вообще причин, я считаю, нет. — Нет, да. — Нет, потому, что я сама такая. — Что? — Я думаю, что у меня на ровном месте, я могу рыдать, плакать. — Характер такой, да? — Да. Причин так нет для этого, а я... Мне все говорят: “Не принимай близко к сердцу”. — А это сердит Вас, когда говорят: “Не принимай близко к сердцу”? — Да, конечно, я как..., я бы хотела... — Вы если бы не принимали, Вы бы тогда и не пришли к нам, верно? — Да. — Неправильно давать такие советы “не принимай близко к сердцу”, как не принимать, когда плохо. — Я раньше кино смотрела, а сейчас и телевизор не смотрю. — Почему? — А если там вижу кому-то плохо, мне плакать охота. — Вот так вот именно, да. — Или если у кого-то что-то плохо, и он рассказывает мне про свои проблемы, мне уже плохо. — По весу. Как у Вас вес, похудели? — Да. — Намного или нет? — Я не взвешивалась. — По одежде знаете? — Не только, я сама же чувствую. — Запоров не бывает у Вас? —*

Нет. — Не было такого. Ну, хорошо, задавайте вопросы.

Врач-докладчик: Елена Алексеевна, давайте еще раз вернемся к тому, как Вы болели. Мы правильно поняли, что Вы всегда были тревожно-мнительной, склонной к хандре, но, тем не менее, нормально жили, справлялись до этого гриппа? — *Да.* — То есть до 2007 года не было таких провалов, чтобы Вы лежали, и жизнь была не мила? — *Нет.* — То есть была здоровой женщиной, но с такими особенностями характера. — *Да, да. Не то, чтобы я видеть никого не могла, ничего не хотела делать, а просто вот, как это объяснить..., вот момент какой-то и я чрезмерно реагировала.*

Ведущий: А вот еще не выяснили, бывало такое, чтобы у Вас настроение приподнятое было, в детстве, постарше, чтобы такое без причин, чтоб подъем настроения, здорово все, хорошо? — *Нет.* — Такого не было. Ну, хорошо, еще вопросы.

Врач-докладчик: Елена Алексеевна, мы с Вами уже обсуждали, но еще раз сейчас, для докторов, скажите, Вы amitriptilin пьете, и есть разница в самочувствии между тем, как Вы пришли, и сейчас. Я имею в виду заторможенность, когда Вам было трудно соображать, как Вы говорили в самом начале, или с каждым днем Вам все легче? — *Легче.* — Голова светлее? — *Да. Но к вечеру хочется уже спать.* — Сонливость? — *Да.* — Это естественно, Вы же лекарства сейчас принимаете. — *Да, но это мне нравится, потому, что я столько не спала никогда, устала просто, что я не сплю, не ем. А так нормально переношу, мне кажется.*

Ведущий: Так, еще вопросы. А вот, Александра Александровна, говорила, что бывает Вам трудно понять, что вокруг происходит, было такое, или я неправильно понял?

Врач-докладчик: Вот когда Вы пришли к нам, и мы беседовали, Вы говорили, что трудно вспомнить, что последние дни было трудно соображать. — *Да, я не могу вспомнить, что вчера было.*

Ведущий: За счет тревожности? — *Нет, просто, мне сейчас на этом amitriptiline, мне сейчас уже нормально, тревожности нет, но все равно я не могу вспомнить, что вчера было, дети мне рассказывают, а я так... Нет, я вспомню, но мне надо сосредоточиться.* — Такая скорее погруженность внимания, так-то память не нарушена у нее ведь. Это вторичные нарушения.

Еще вопросы... Ну, хорошо. Вы с сыном пришли или мужем? — *С мужем.* — Пригласите его, а Вы посидите в приемной.

Беседа с мужем:

Вас как зовут? — *Андрей.* — А отчество? — *Леонтьевич.* — Андрей Леонтьевич, скажите, пожалуйста, как Вы находите состояние жены, как Вы объясняете эти болезненные явления? — *Как, с самого начала как было? — Как Вы понимаете, что с ней происходит, как Вы думаете? — Ну, я думаю, что это, что-то с нервами.* — С нервами. А есть какие-то при-

чины, чтобы с нервами, что-то было, неприятности какие-то дома, с детьми там? — *Ну, это знаете, как началось вот головокружение, не понятно от чего и почему и потом на этом фоне расстройство.* — Не понятно от чего и почему. — *Да, вот какой-то страх появился от чего, почему голова кружится. Страшно, что поначалу она даже идти не могла.* — Даже вот так, да? — *Вот такой приступ у нее произошел.* — А теперь она лучше ходит, после лечения? — *Сейчас да.* — Она же у невролога лечилась. — *Так-то она давно уже лечится, лет семь-восемь.* — В целом в какую сторону движение — хуже, лучше или на одном уровне? То хуже, то лучше? — *Сейчас получше.* — Это здесь получше, на лечении, а в целом последний год и те годы, когда хуже, когда лучше? — *Да как сказать, лечение пройдет, вроде получше, а потом опять.* — Потом снова, да. Скажите, пожалуйста, в какое время ее состояние лучше, в какое хуже, я имею в виду сутки. Утро, день, вечер, когда хуже, когда лучше? — *А вот по-разному бывает, то утром, то вечером.* — Но чаще как? — *Вот какое-то расстройство, и у нее сразу голова начинает кружиться.* — Какое, к примеру, может быть это расстройство? — *Ну, она все принимает через сердце, ну, например, сын вот в школе там, что-то у него, четверть к концу подходит, и он нам начинает говорить: “у меня вот так там и вот так, беспорядок в оценках”.* — И она переживает. — *И она переживает.* — В чем это заключается, это переживание? — *Начинается головокружение.* — А вот так даже, да. Скажите, пожалуйста, бывают у нее какие-то состояния, чтобы она ночью просыпалась, ходила, и не осознавала, что происходит вокруг? — *Нет.* — Снохождения такие? — *Нет.* — Не бывало такого. А вот эти головокружения, чем снимаются, что может помочь от этих головокружений, какое-то лекарство в этом момент она принимает или нет? — *Ей вот прописывали, но я не помню.* — Ну, что-то такое получала. Александра Александровна, на феназепаме она лучше шла?

Врач-докладчик: ей сестра дала полтаблетки, она просто поспала ночь, и на утро они к нам приехали.

Ведущий: Хорошо. Вопросы к Андрею Леонтьевичу есть? Нет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик: Я полагаю, что больная, несомненно, сложная. Имеет место эндогенная готовность, что следует из ее наследственности, ведь мать полжизни провела в депрессивных состояниях, эта наследственность, однако, никак себя не проявляла до 2007 года, за исключением, может быть, некоторых дистимных черт характера. Перенесенная же в 2007 году острая экзогенная в виде гриппа способствовала реализации этой эндогенной готовности, спровоцировала ее, практически так, как описывает Жислин. Нельзя забывать и тот факт, что больная к тому моменту уже перенесла три наркоза, имела определенную врожденную сосудистую патологию (что под-

тверждается результатами ДСБЦС), которые сыграли роль, так называемой почвы, приведя вместе с упомянутой уже инфекцией к формированию органических изменений в мозге больной. Об этом убедительно свидетельствуют данные дополнительных методов исследования, в частности МРТ головного мозга. На сегодняшний день в клинической картине заболевания на первый план выходят очерченные депрессивные эпизоды. Об их эндогенной природе говорит не только их классическое оформление (утренние ухудшения, витальная тоска, тревога, порою доходящая до степени ажитации, когда больная мечется по дому), но и тот факт, что они развиваются аутохтонно, без связи с внешними факторами, а нередко больная предчувствует их наступление. Обращает на себя внимание и тот факт, что под влиянием эндокринной перестройки, а последние три года у больной перименопауза, глубина и длительность “провалов” настроения усугубились. Наряду с указанными депрессивными эпизодами нельзя не отметить у больной еще ряда расстройств, не характерных для рекуррентного депрессивного расстройства. Это стойкие вестибулопатии, периодически беспокоящие больную головные боли, пароксизмальные тревожные расстройства. Последние с большой вероятностью можно отнести именно к диэнцефальным кризам, поскольку они, в отличие от панических атак, условно говоря, психологической природы, не тягостят больную сами по себе, не являются ведущими в структуре заболевания, актуализируются только в периоды аффективных фаз, не приводят к формированию избегающего поведения. Таким образом, наличие указанных выше нарушений, по моему мнению, говорит в пользу органического заболевания головного мозга, которое сопутствует депрессивным эпизодам и, несомненно, утяжеляет их.

Ведущий: Должен сказать, что данный случай убедительно, как представляется, иллюстрирует давно выведенное нами правило. Речь идет о том, что если клиническая картина состояния больного вызывает диагностические затруднения, так как проявляется полиморфизмом симптоматики, не укладывающейся в рамки одной какой-то нозологии, то это сложная, сочетанная патология. Вот Александра Александровна в своем заключении это и показала. У больной можно выделить несколько патологических форм, каждая из которых уже является для нее проблемной, в комплексе же они и создают увиденное здесь патологическое образование, не поддающееся однозначной диагностической оценке и отличающееся труднокурабельным характером. В первую очередь следует отметить ее готовность к затяжным аффективным тревожно-депрессивным состояниям, которые могут быть отнесены к разряду эндогенных, на что указывает их клиническая картина. Это типичные суточные колебания настроения с ухудшением в утренние часы и витальная тоска. При органических депрессиях, напротив, в утренние часы больные чувствуют себя как-то лучше, а к вечеру нарастает

утомление, и возникают или усиливаются депрессивные явления. В пользу их эндогенной природы говорит и наследственная отягощенность. Как здесь уже звучало, у матери больной прежде неоднократно развивались и подолгу тянулись подобные состояния. В данном случае можно видеть и еще одну особенность сочетанных форм психических заболеваний. Это наложение внешне сходных расстройств. Речь идет о тревожных феноменах. Собственно с них и началось ее болезненное состояние. Вначале после перенесенного гриппа это были беспокойство и опасения за здоровье, обусловленные ее соматическим недугом, потерявшие затем предметность и переросшие в тревогу, сливавшуюся с одновременно развивавшимися депрессивными явлениями. Тревожно-депрессивные состояния неоднократно повторялись и имеют склонность к затяжному течению. Тревожные депрессии, возникающие у больной в последнее время, сходны с инволюционными. И если мы обратимся к старой литературе, то увидим, что тревожность всегда считалась особенностью именно инволюционных психозов. Сейчас тревожность как-то стала более распространенной. И при неврозах она давно появилась, и даже при шизофрении. Здесь я согласен с Александрой Александровной, что инволюция стала эти состояния, скорее всего, выявлять. Если у больной прежде были спонтанно возникавшие продолжительные светлые промежутки, то с наступлением менопаузы и эндокринной перестройки эти состояния участились. Одновременно с отмеченной симптоматикой у больной имеются и знаки, указывающие на органическое заболевание головного мозга. Среди них головные боли и головокружения, астенические явления. В пользу органического заболевания говорят и данные дополнительных методов исследования. Это результаты патопсихологического исследования, картина глазного дна, результаты МРТ. Кроме того у больной имеются и повторяющиеся с большой частотой приступы, которые Александра Александровна справедливо назвала диэнцефальными кризами. А они, как известно, имеют органическую природу. К органическим знакам следует отнести и имевшие место в прошлом психосенсорные расстройства — эпизоды ощущения увеличения рук. Хотя они сами по себе и мимолетны, но, вписываясь в общий контекст клинической картины, расширяют ее и служат лишним доказательством наличия у больной органического заболевания головного мозга. Попутно отметим, что эти расстройства были выявлены в процессе разбора при активном расспросе больной. И вот нашим молодым коллегам совет — точно также следует выявлять и возможно имеющиеся у больных и другие кратковременные эпилептические феномены — де жа вю, жа ме вю, амбулаторные автоматизмы, сомнамбулизмы, абсансы. Больные крайне редко предъявляют жалобы на их наличие, хотя их установление, как только что показано, содержит определенный диагностический смысл. Органическое поражение головного мозга имеет у больной, по всей видимости, многофактор-

ную природу. Это неоднократный наркоз, перенесенный на ногах грипп, врожденная сосудистая патология. Необходимо отметить также своеобразие личности больной, ее впечатлительность. Она и телевизор по этой причине не смотрит. Правда там сейчас и смотреть нечего, одни бои, кто кого убьет. Может быть, ее личностная реакция на заболевание, ее опасения, что будет хуже, подталкивают развитие приступов, то есть выступают в роли триггерных механизмов, запуская обострения. В итоге я бы заключил так, что это больная с сочетанной патологией, где на первом плане эндогенно обусловленные тревожно-депрессивные затяжные состояния. Дальше — это экзогенно-органическое заболевание головного мозга токсического и инфекционного генеза с пароксизмальными расстройствами. И это все дает такую сложную картину. О терапии. Получает ли она антипароксизмальные препараты? — *Нет* — Может быть что-то назначить ей? — *Для чего, Борис Николаевич?* — У нее на фоне тревожно-депрессивных состояний наблюдаются и диэнцефальные пароксизмы. — *Но видите, на амитриптилине они купировались.* — Они купировались, но чтобы дальше их не было, вы сейчас пролечите ее, а затем для профилактики назначьте ей кортексин. Он дает антипароксизмальный эффект. — *Она регулярно, по несколько раз в год получает разные препараты. Она вот только от неврологов и все безрезультатно. В первый день, когда она пришла, то не могла понять, почему я ей капельницы не назначаю, и все спрашивала, когда они будут. Я ей объясняю, что это не главное и вот только, буквально, последние дни она согласилась с тем, что состояние у нее улучшилось и без капельниц. А прежде она принимала самые разнообразные ноотропы, список может занять, наверное, пол-листа, разные неврологи по несколько раз в год ей назначают разные ноотропы.*

Ведущий: Это может быть излишняя терапия, и может ее нужно как-то сейчас разгрузить от нее? Вот сейчас она не получает ничего кроме антидепрессантов. Я думаю, следует посмотреть, если не будет эффекта, может быть попробовать тизерцин, учитывая, что он лучше других препаратов купирует тревожность. Как-то сейчас стали избегать лечение им, считая его грубым препаратом. Но больные довольно быстро, в течение нескольких дней, адаптируются к нему. Можно попробовать флюанксол, который в малых дозах обладает и противотревожным, и антидепрессивным действием. Уже говорилось, что в силу характерологических особенностей больная, ожидая развития приступов, может невольно провоцировать их развитие. В этой связи она нуждается и в психотерапевтической коррекции. В целом же на примере нашей больной мы видим, что сочетанные формы психической патологии из-за переплетения образующих ее расстройств и их взаимовлияния представляют собой в диагностическом и терапевтическом планах серьезную проблему, решение которой требует пристального внимания многих специалистов.

Почему не заболел пленник? (клинический случай)

В. А. Солдаткин (Ростов-на-Дону)

В современных условиях напряженной социально-экономической ситуации, локальных войн, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов, роста смертности и преступности, когда люди часто оказываются в условиях острых и/или хронических психически травмирующих событий, изучение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является актуальной проблемой — как в клиническом, так и в социальном аспектах.

Распространенность ПТСР среди населения достаточно высока: по данным одних авторов она составляет 8–9% [1, 2], других — от 1 до 12% [3]. Некоторые авторы считают, что хотя бы одно травматическое событие в своей жизни пережили 61% мужчин и 51% женщин, многие (25–50%) — две или больше психологических травм [4]. Прогнозируется дальнейший рост психических расстройств в ответ на психические травмы [3].

Следует отметить, что далеко не у всех субъектов, переживших влияние одного и того же стрессового события, развивается ПТСР [5]. Более того, по данным ряда исследователей [6], около 50% жертв насилия отмечают положительный эффект психической травмы, включающий в себя улучшение самопонимания, снижение стереотипности поведения, увеличение активности. Так, более 90% вьетнамских ветеранов чувствовали положительные эффекты пребывания в экстремальных ситуациях. К этим эффектам относятся и повышение воинского мастерства, самоуважения, и развитие командирских способностей. Понятно, что далеко не все личности испытывают положительные результаты от воздействия психической травмы. Есть сведения [7], что 20% изнасилованных женщин отмечали какие-либо положительные психологические последствия. Roth S. и Lebowitz L. (1988) [8] доказали, что кровосмешение может быть особенно травматичным, т.к. уничтожает сам базис чувства доверия. Тем не менее, способность ощущать положительные моменты в психотравмирующей ситуации может помочь грядущей адаптации. Kahana B. et al. (1988) [9] установили, что среди оставшихся в живых жертв Холокоста, те, кто находили положительные нюансы в наличии пережитого опыта, имеют меньшее количество психологических отклонений.

Итак, имеет место парадокс. С одной стороны, по ныне действующей классификации мы диагностируем ПТСР при наличии критерия А — “Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие... исключительно угрожающего или катаст-

рофического характера, которое в принципе может вызвать общий дистресс почти у любого человека”; с другой — знаем, что далеко не у каждого человека, вовлеченного в эту ситуацию, ПТСР развивается, а ряд людей реагирует на такую ситуацию положительными личностными изменениями (изменениями жизненного сценария?). Иллюстрацией этого парадокса является приведенное ниже клиническое наблюдение.

Пациент А., 1987 г.р. Наследственность отягощена по линии матери злоупотреблением алкоголем (дядя), сосудистыми катастрофами (повторные инсульты у деда). Пациент родился от первой беременности, первых родов. Со слов матери известно, что беременность протекала в целом хорошо, но на 3-м месяце возникла угроза преждевременного прерывания беременности, “лежала на сохранении”. Родоразрешение — через естественные родовые пути, за 6 ч; матери было 20 лет на момент родов. Раннее развитие — без особенностей. Родители развелись, когда пациент был в младенческом возрасте. Мать пациента спустя несколько лет вышла замуж, в дальнейшем воспитывался ею и отчимом. В 1991 году родилась сестра; ревности не проявлял, с сестрой ладил. Стиль воспитания — жесткий со стороны отчима (часто бил), потворствующая гиперопека со стороны матери. Мать старалась защитить его от отчима, за что часто сама была избиваема. Детство пациента прошло в Луганске. Мать работала воспитателем детского сада, отчим — водителем. Семья, со слов пациента, жила “неплохо, были всем обеспечены”. Пациент посещал ДДУ, нехотя: не нравился режим, часто убегал в группу, где была его двоюродная сестра — “там можно было не спать днем”. Рос шустрым, подвижным, легко находил общий язык со сверстниками, мог дать отпор обидчику; со слов матери — “был очень общительным, любого уговорит, его все любили”. Рос неболезненным, и единственное серьезное медицинское событие дошкольного возраста — эпизод, когда со старшей сестрой дома “играли в больницу”, и сестра накормила его всеми таблетками, которые нашла в домашней аптечке. В бессознательном состоянии был доставлен в реанимационное отделение. В 1994 г. семья переехала в хутор на границе с Украиной, где он пошел в первый класс. Учился с интересом. С 4 класса перешел в другую школу, адаптировался удачно. Учился удовлетворительно, но на итоговых контрольных и экзаменах получал оценки “обычно выше, чем от него ожидали”. По описанию пациента, “всегда жил на широкую ногу”. Когда другим на ежедневные

расходы “родители давали 5 рублей, ему давали 200 рублей”. Хобби пубертатного периода без охваченности (нумизматика, футбол, вождение машины). С 11 – 12 лет пациент встречался с девушкой, старше его на 4 года, рано приобрел сексуальный опыт. Пациента отличала сильная половая конституция (яркая потребность в сексе, высокий показатель максимального экссесса). Пубертат протекал с неяркими реакциями группировки, хобби; реакции оппозиции практически отсутствовали. В 16 лет окончил 9 классов, продолжил обучение в техникуме по специальности “юриспруденция”, не завершив обучение, перешел в ПТУ, так как возбуждалось уголовное дело за воровство денег отчима.

С 17-летнего возраста, после переохладения, пациента стала беспокоить рецидивирующая пустулезная сыпь на спине, груди, плечах. Лечение было неэффективным, проявления сохраняются до настоящего времени; по этому поводу был признан ограниченно годным к военной службе, в войсках РФ не служил. К лечению не стремился; следует отметить, что пациента всегда отличало поверхностное отношение к физическому здоровью, высокий порог терпения физической боли. Физические травмы никогда не приводили к эмоциональным реакциям, не проявлял тревожного или ипохондрического поведения по поводу травм и ранений. Так и не окончив обучение, переехал в Москву, работал на заводе, стройке, участвовал в дорожных работах (в этот период несколько раз покурил гашиш; опьянение не понравилось — “возникла загруженность, никакого веселья”); изготавливал дубликаты ключей, ремонтировал часы. Во всех коллективах хорошо адаптировался, был на хорошем счету у руководства; быстро находил возможности для дополнительного заработка. Зарабатывал много денег, бесплатно жил у друга, “деньги особо тратить было некуда”. Увлёкся азартными играми (игровые автоматы). Довольно быстро азартная игра систематизировалась. Играл азартно, проигрывал “все, что заработал, играл в долг”. Чувствовал охваченность азартной игрой: “дошло до того, что родные провожали и встречали его, чтобы он не пошел играть”. После смены работы и принятия ФЗ “Об игровой деятельности” играть стал заметно реже, но отдельные эпизоды азартной игры сохраняются до настоящего времени.

Пациента отличала высокая степень обучаемости: без специального образования, после короткого инструктажа, он легко осваивал новые виды деятельности, например, товароведа, охранника в магазине. Привлекало то, то он мог интуитивно, почти без ошибок, “вычислить вора” — “по поведению, взгляду”. Способности пациента в этой сфере были востребованы, получал устраивающую зарплату, хорошие премии.

В 2005 г. сменил украинское гражданство на российское.

С 2008 г. жил в гражданском браке, при этом жена проживала с родителями в Луганске, он приезжал к

ней на несколько дней, затем около 2 недель работал в Москве. Оказывал финансовую помощь жене и ее семье. В марте 2014 г., когда жена увидела переписку пациента в социальных сетях, она заявила, что расстается с пациентом.

В середине июня 2014 г. пациент приехал из Москвы к родным в х. Новорусский. Погостив несколько дней, решил “ехать в Луганск — мириться с женой”. Знал о непростой ситуации в Луганской области, но “сомнений и тревог на эту тему особо не испытывал, был уверен, что спокойно доедет”. 19.06.14 г. отчим подвез его к пограничному пункту РФ, пациент перешел границу, договорился о том, что его подвезут на машине до украинского блокпоста. На посту проверяли всех, пациент спокойно предъявил все личные вещи к осмотру. Ему задавались вопросы о цели поездки, пункте назначения, причинах наличия крупной суммы денег, “откуда у него деньги на сигареты “Парламент”, “на кого он работает”. Особый интерес вызвал телефон пациента. При досмотре фотографий, хранящихся в памяти телефона, были обнаружены снимки, где он держит в руках стрелковое оружие на выставке стрелкового оружия. Увидев эти фотографии, вооруженные люди на блокпосту надели на него наручники.

Развитие событий, как следует из постановления о назначении медицинской судебной экспертизы, было следующим: в ходе предварительного следствия установлено, что 19.06.2014 г., в период времени с 12.00 до 14.30 часов, гражданин РФ А. при прохождении личного досмотра на контрольно-пропускном пункте Луганской области Украины, был остановлен неустановленными лицами, одетыми в форменное обмундирование военного образца. После проведенного досмотра и установления наличия в личном мобильном телефоне А. фотографий, на которых он в руках держит огнестрельное оружие, указанные неустановленные лица совершили похищение А., лишив его возможности свободного перемещения, угрожая применением насилия, отобрали его личные вещи на общую сумму 30 тысяч рублей и поместили в ангар, не предусмотренный для проживания либо содержания под стражей задержанных лиц, где он содержался с 19 июня по 27 июня 2014 года. Там его систематически истязали, применяли физическое и психическое воздействие, пытки, выразившиеся в неоднократном нанесении телесных повреждений, использования в качестве оружия игл для введения их под ногтевые пластины, а также лезвий ножей при приставлении к половому органу и другим открытым участкам тела, использования электротока и открытого пламени на участках его тела, длительного лишения воды и пищи, высказывания угроз применения огнестрельного оружия, а также насилия, опасного для жизни, отсечения головы, с целью получения признательных показаний о его разведывательной деятельности.

А. причинены следующие телесные повреждения: садина на спинке носа; садины: не передней стенке живота слева в средней трети (1), на тыльной поверхности левой кисти (2), в тазовой области слева (1), на передней поверхности правого коленного сустава (1) на правой голени спереди в нижней трети (1); кровоподтеки: на задне-наружной поверхности левого бедра в верхней трети (2), на задне-наружной поверхности правого бедра в верхней трети (1); садины на передней поверхности основной фаланги 2-го пальца правой стопы (1), на передне-боковых поверхностях основной фаланги 2-го пальца левой стопы (1); кровоподтеки в 4-м межреберье слева по передней подмышечной линии (1), по всей поверхности левого предплечья в нижней трети (1), на задне-внутренней поверхности правого предплечья в нижней трети (1); колотые ранки: зажившая рубцом на задней поверхности правой голени в средней трети, на наружной поверхности правого плеча в верхней трети — расценивающиеся как не причинившее вред здоровью (в соответствии п. 4 “Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека”); ушибленная нагноившаяся рана на спинке носа; термический нагноившийся ожог 2-ой степени на тыльной поверхности правой кисти в проекции 3 – 5 пястных костей размером 4x3 см, квалифицирующиеся, как повлекшие легкий вред здоровью (не менее 21 дня) по признаку “кратковременное расстройство здоровья” (менее 21 дня).

27.06.2014, в дневное время, его вывезли в лесную местность, расположенную в 40 км от г. Беловодска Украины, где привязали его к дереву и скрылись в неустановленном направлении. Сумев самостоятельно освободиться, А. на попутном транспорте прибыл в п. Меловой Луганской области Украины, откуда 28.06.2014 его забрали родственники и доставили по месту жительства”.

После освобождения пациента начались следственные действия, была назначена судебная медицинская экспертиза. Выполнены обследования:

- Суточный мониторинг ЭКГ 16.07.14. Синусовая тахикардия. Многочисленные пароксизмы синусовой тахикардии с ЧСС, достигающей 128 – 130 уд. в мин. Эпизоды синусовой тахикардии сменяются, как правило, выраженной брадикардией ЧСС 50 – 55 уд. в мин). Суправентрикулярная миграция водителя ритма. Девиация сегмента ST как выражение бета-симпатикотонии.

- ЭЭГ 17.07.14. На фоновой записи хорошо выражены веретена альфа-активности. Регистрируются редкие острые волны. При гипервентиляции существенно возрастает пароксизмальная активность, появляются множественные острые волны, спайковая активность; при этом обследуемый отмечает появление “шума и давления в голове”. Выявлен фокус пароксизмальной активности на уровне лобной коры спра-

ва, распространяющийся до преселлярного уровня. Степень дезорганизации ЭЭГ — умеренная.

- Рентгенограмма костей носа 18.07.14. Поперечный перелом костей носа без смещения отломков.

- Гормоны щитовидной железы 29.07.14. Т3, Т4, ТТГ — в референтных границах.

Проведены консультации специалистов:

- Терапевт 30.06.14. Жалобы на боли в грудной клетке, затруднения вдоха, боли в правой голени, в области переносицы, головную боль, головокружение. Диагноз: Ушиб грудной клетки. Множественные инфицированные раны лица.

- Хирург 4.07.14. Сочетанная травма: ушиб грудной клетки, термический ожог правой кисти, посттравматический миозит икроножной мышцы.

- Психиатр 4.07.14. Реактивное состояние после тяжелого стресса. Назначены: тералиджен, фенибут.

- Невролог 4.07.14. церебрастенический синдром.

- Психиатр 17.07.14. ПТСР. Инсомния.

- Отоларинголог 18.07.14. Консолидированный открытый перелом костей носа, посттравматическая деформация носовой перегородки с нарушением функции носового дыхания. остаточные явления двустороннего посттравматического наружного отита без нарушения слуха.

Соматоневрологический статус.

Правильного телосложения, обычного питания. На коже лица, конечностей — многочисленные заживающие раны; пустулезная сыпь. Черепно-мозговые нервы — в норме. Нистагма нет. В пробе Ромберга устойчив, в сенсibilизированной пробе — пошатывание. Пальце-носовую пробу выполняет точно. Тремора нет.

Психический статус (август 2014 г.).

Сознание ясное, правильно ориентирован во всех видах. На беседу приходит охотно, вовремя. Сидит в несколько напряженной позе, мимика сдержанная, лицо сохраняет грустно-сосредоточенно-уставшее выражение. Пантомимика скудная. Речь слабомодулированная, словарный запас небольшой. Отвечает в плане заданного, ответы лаконичны, по существу. Без особого интереса рассказывает о давнишних событиях своей жизни.

Заметная перемена происходит во время беседы о травмировавших событиях. Пациент преобразается, лицо приобретает напряженно-сосредоточенное выражение, темп речи заметно ускоряется, речь становится более экспрессивной.

Рассказывает о том, что после задержания на блокпосту прождал около 2 ч с наручниками на руках, затем приехала “разведка”. Его избили, связали “ласточкой”: руки связаны за спиной, веревка пропущена вокруг шеи. В рот засунули кляп, глаза завязали (марля, а поверх нее — скотч). Он был брошен в машину, везли долго — “хотя лежал в неудобной позе, успел отключиться”. Привезли пациента в некое помеще-

ние, которое он так и не увидел, поскольку глаза его на всем протяжении пребывания там были закрыты плотной повязкой. Довольно часто к нему и другим узникам подходили люди, разговор при этом, как правило, начинался с удара по телу пациента, и спрашивали, день сейчас или ночь. Иногда снизу повязки светили фонариком и спрашивали, видит ли он свет; если пациент отвечал, что видит — повязку передельвали, завязывая так, что “немела голова”.

По словам пациента, пленников было довольно много (только непосредственно рядом с ним было человек семь), он их никогда не видел, но слышал их крики, стоны или разговор с допрашивающими. За время пребывания пациент научился распознавать голоса нескольких пленных и стражников. Во всяком случае, четко отличался один из охранников, который разговаривал на русском языке, и несколько раз проявил к пациенту (называя его “Малой”) участие — дал попить воды, однократно совершенно неожиданно дал печенье. Из других пленников пациент научился распознавать человека, которого называли “Казачок”. Тот вел себя “странно, даже неадекватно: нарушал порядок, который жестко поддерживался стражниками, за что постоянно был жестоко избиваем”.

Порядок, который жестко поддерживался в помещении, состоял в следующем: все пленники лежали раздетыми (несколько дней пациент пролежал со спущенными к коленям трусами), связанными, с повязками на глазах и кляпом во рту. Кляп означал, что пленника привезли сравнительно недавно и ему не положена вода (обычно это длилось 2–3 дня). В дальнейшем кляп изымали, но за малейшую “провинность” возвращали обратно. Пленники лежали неподвижно, чтобы совершить движение, нужно было спросить разрешение (а перед этим — обязательно спросить “Разрешите обратиться?”; это же относилось к opravлению естественных потребностей. Спать было нельзя — если на второе обращение охранника не следовал немедленный ответ, пленника “наказывали” — били, заставляли долго стоять (следует отметить, что пациент “на этом ни разу не попался — такое впечатление, что и правда вообще не спал, слышал все, что происходит вокруг”). Любые нарушения описанного порядка приводили к жестокому избиванию или помещению “в яму”; возможно, были и другие последствия, во всяком случае, “один раз избивание и стоны кого-то из пленников завершились автоматной очередью, и все стихло”.

Все пленники, и пациент в том числе, постоянно подвергались допросам. Как правило, допрос сопровождался разрядами электротока, при этом провода крепились на ногах, на руках, или их заставляли зажать в зубы. Во время разрядов пациент сознания не терял, “это было очень больно, трусило все тело”. Именно страх новых разрядов тока был доминирующим в душевном состоянии пациента — “о смерти не думал... лишь иногда возникали мысли: а я клубники

этим летом так и не попробовал... своего ребенка на руках не подержал”. Целью допросов было получение информации об ополченцах и связи допрашиваемого с ними. На все вопросы пациент давал ответы, соответствующие действительности — о цели поездки в Луганск, о гражданской жене (впрочем, это вызвало тяжелую реакцию — был избит за то, что “ты, русский, зачем с нашей девушкой живешь?”). Допрашивающих интересовали источники доходов пациента, снова возникла тема сигарет “Парламент”, курение недорогих сигарет рассматривалась как “улика”. Однако, наибольший интерес у “разведки” вызывал мобильный телефон пациента. Допрос велся по поводу каждого контакта, который обнаружился в телефонном справочнике: “Кто это? Где живет? Чем занят?”. Если выяснялось, что речь идет о жителе Луганска, допрос явно активизировался. На все подобные вопросы пациент отвечал, что давно не был в Луганске и не представляет, поддерживает ли этот человек ополченцев.

Телефон пациента подвергся пристальному изучению. К удивлению пациента, удерживающим его людям “каким-то образом удалось восстановить даже давно стертые фотографии”. Среди них оказалось несколько, где пациент был сфотографирован возле военной техники, после чего допросы с разрядами тока заметно ужесточились. Применялись и другие способы: приставляли нож, кололи острием, спрашивали, какую часть тела повредить (чаще это относилось к гениталиям); приставляли пистолет с теми же вопросами. Пациенту ломали палец; вводили иглу под ногти; жгли пламенем. Со слов пациента, несколько помогало пережить это все “то, что была повязка на глазах: если бы видел происходящее, было бы страшнее. А так — боль, ну что ж, терпел”. Несколько раз пациент подвергался тщательным осмотрам — “искали следы приклада на плече”. При этом осматривающие интересовались состоянием его здоровья, чем болел раньше, что “сразу приводило к появлению жутких мыслей — вспомнил о публикациях, где рассказывалось о найденных трупах с вырезанными органами, которые, вероятно, отправлялись для проведения трансплантаций”. На всякий случай отвечал, что “весь больной, сердце болит, курил раньше много, выпивал”. Усомнившись в его словах, осматривающие дали ему выпить стакан спирта, “выпил, как воду, даже не почувствовал, а в обычных условиях был бы сильно пьян” (обращает на себя внимание, что описанная реакция на алкоголь сохраняется до момента настоящего обследования, т.е. в течение двух месяцев: несколько раз употреблял различные спиртные напитки, и совершенно не чувствовал опьянения). Вообще, “водка кругом лилась рекой”, “охранники пили постоянно, а судя по запаху, и курили коноплю”. Воды обычно не было, и на слова о жажде охранники соглашались дать водку, но пациент отка-

зывался, поскольку это не облегчало жажды и ухудшало состояние”.

Воспользовавшись паролями, хранимыми в телефоне, “разведчики” изучили все страницы пациента в социальных сетях, с анализом всех контактов, статусов, переписки, фотографий. Не находя ничего “интересного”, допрашивающие переходили к рубрике “А по “Новостям” у вас что передают?”, и снова били.

Пленников часто снимали на камеры мобильных телефонов. Одним из “любимых развлечений охранников было включить музыку, усадить пленников и заставить дрыгать головой в такт музыке”. Никто из пленников не отказывался выполнять распоряжения, с одной стороны, из-за очевидной перспективы быть избитым или убитым, с другой — после подобных “забав” охранники обычно давали воды и — иногда — сигареты.

Иногда охранники демонстрировали некое подобие гуманного отношения. Так, когда пациент обратился с тем, что он чувствует запах гноя, его осмотрел “врач”. При этом впервые с глаз была снята повязка, и пациент увидел, что находится в ангаре. Рана носа была обработана “перекисью водорода”, положена мазь, промыты глаза. После этого “повязку на глаза наложили еще более жесткую”.

Ни страха, ни “оглушенности” пациент во время насильственного удержания практически не испытывал — “скорее это было какое-то другое, очень собственное состояние”. И в этом состоянии пациент демонстрировал довольно высокую мобилизованность, интуитивное понимание того, как надо действовать. Понял, что “когда бьют и ты молчишь, то начинают бить ещё сильнее; когда бьют током через руки, нельзя показывать, что тебе не так больно, как через ноги, поэтому всегда кричал как можно громче, чтобы меньше били, и трусилась от тока гораздо сильнее, чем было на самом деле”. Иногда, правда, это качество подводило. Так, когда рядом допрашивали другого пленника, пациенту в уши затолкали вату и спросили, слышит ли он — ответил “Да”, вату стали в уши засовывать так глубоко, что это вызывало резкую боль. Несмотря на это, вновь ответил “Да” на повторный вопрос, и “лишь потом сообразил, что нельзя реагировать на обращение к нему, надо скрывать, что он что-либо слышит”.

В один из дней — какой этот день был по счету, пациент сказать не может, его выволокли из помещения (в голове в это время крутилась мысль: “Расстреляют? Или отпустят?”), погрузили в машину и куда-то повезли. Выгрузив из машины, выполнили внутримышечную инъекцию в плечо (на вопрос, что это, ответили — “глюкоза”), после чего пациент почувствовал “расслабление, вялость, апатию, пригруженность, опьянение”. Привязав к дереву, велели сидеть и ждать, когда за ним придут. Когда шаги стихли, и прошло достаточно времени, пациент смог стянуть повязку с глаз, увидел, что он один в лесопосадке, и

начал освобождаться из пут. Это удалось, он поднялся, чувствуя себя сильно ослабевшим и очень голодным. В кармане обнаружил чужой дешевый телефон со своей сим-картой, 50 рублей и пустую пачку “Парламента” (пациент с тех пор сменил марку сигарет). Пошел на шум проезжающих машин, при этом несколько раз двигался в неверном направлении, выходя в поле. Лишь с третьей попытки вышел на дорогу, увидел название населенного пункта и позвонил жене (расплакался, услышав ее голос), рассказал о ситуации, и она прислала знакомых на машине, которые забрали пациента, устроили на ночлег, а на следующий день помогли добраться до российской границы. В эти дни пациент узнал, что его бывшая гражданская жена вышла замуж, пока он был лишен свободы. Переживал это, чувствовал обиду — “его бросили”. Разговаривая с родными по телефону, встретившись с матерью на границе, пациент плакал (“не мог поверить, что выжил”).

Первые несколько дней после освобождения “ни с кем не хотел разговаривать, никого не хотел видеть”. В дальнейшем “это прошло, но сохраняется заметное раздражение от людей”. Пациент чувствует, что “стал намного более категоричным, вспыльчивым, раздражительным; любое раздражающее слово, действие вызывают недовольство, может распахиваться, орать, или сразу прекращает разговор и уходит”. Физической агрессии не проявил ни разу. Все эти сведения подтверждаются объективно (матерью).

Громкие звуки на протяжении 2 месяцев вызывают более яркую реакцию, чем раньше — “вздрагиваю, это похоже на выстрел”, при этом повторного “погружения” в травмирующие события не происходит.

Утверждает, что “сам произошедшие с ним события не вспоминает — это происходит только тогда, когда его спрашивают” (спонтанных, навязчивых воспоминаний не было); чаще размышляет о гражданской жене, “как раньше с ней было хорошо, почему она его бросила, и стоит ли ее возвращать”. За 2 прошедших месяца события приснились только один раз, после эмоционального разговора на эту тему, но “это был страшный сон, который снился — с перерывами — всю ночь”.

Много времени проводит за компьютером: играет в игры (причем впервые его заинтересовали “стратегии, сюжет которых предусматривает строительство армий и войну”, реже играет в покер — как и раньше), просматривает новости (чаще — о событиях на Украине); эмоциональную реакцию вызывают кадры, демонстрирующие жертв войны, с собой при этом события не отождествляет. Ежедневно просматривает ролики, выложенные в YouTube: “вдруг выложат запись со мной? Узнаю себя по волосам и майке...”. Цель поиска — “покажу друзьям”, “может быть, это поможет найти тех, кто с ним так поступил”. В интернете обращает внимание на сайты добровольцев, желающих помочь русскому населению Востока Украи-

ны “с оружием в руках”. Хотел бы присоединиться (хотя раньше никогда не имел планов участия в войне). Цель участия описывает так: “с радостью бы отомстил. Задержанных врагов я пытал бы — током, как они меня; это самая страшная пытка”. Иногда вспоминает песни, которые слушали его стражники — “некоторые из них раньше никогда не слышал”, он “ищет их в Сети, скачивает, с удовольствием слушает; это не вызывает никаких отрицательных эмоций и воспоминаний — некоторые песни очень понравились”.

Жалобы во время настоящего обследования предъявляет на колющие боли в области сердца, головные боли, нарушения сна (долго не может уснуть “из-за дискомфорта в теле — все ноет, крутит, болит; засыпает примерно в 3 ч утра, но уже в 6 просыпается и больше не может уснуть). Испытывает постоянные боли, дискомфорт в местах травм и ранений: постоянно ноют зубы (в верхнюю челюсть пришелся особо сильный удар); болит правая голень, куда вонзали иглу во время допросов. Заметна метеочувствительность: “на перемену погоды выкручивает все тело”. При расспросе отмечает “несобранность, нарушения оперативного внимания и памяти — очень часто не запоминает, что ему сказали, что произошло; такого раньше не было”.

Свое настроение оценивает как “обычное, нормальное”. Удивлен вопросу “Не исчезли ли у Вас планы на будущее?” — “Как они могут исчезнуть? Разве такое бывает? Мне пора возвращаться в Москву, деньги зарабатывать...”.

Результаты психологического исследования (9.9.14).

По результатам клинико-психологического исследования, А. имеет сильный тип высшей нервной деятельности с преобладанием возбудимых свойств нервной системы и является акцентуированной личностью гипертимного типа. Ему присущи следующие индивидуально-психологические особенности: познавательные процессы характеризуются хорошим уровнем развития и работоспособности, процесс мышления характеризуется устойчивостью, оперативностью, подвижностью, без признаков снижения работоспособности, утомляемости, мыслительные операции (обобщение, абстрагирование, анализ, синтез) сохранены, уровень доступных обобщений высокий, стиль мышления преимущественно абстрактно-логический; кратковременная память, долговременная память, опосредованное запоминание на высоком уровне; внимание устойчивое, без признаков повышенной истощаемости. Выявляются хороший уровень общей культуры, интерес к получению новых знаний, стремление к радикализму, широта взглядов; конкретное воображение, практичность, самостоятельность в решении интеллектуальных задач.

Выраженная экстравертированность, фокусированность в большей мере на внешних событиях в сочетании с достаточной интрапсихической активно-

стью (умением внутренне перерабатывать и анализировать происходящие жизненные события). Открытость, общительность, активность в установлении как межличностных, так и социальных контактов. Достаточно активная личностная позиция, высокая мотивация достижения, рациональность, практичность, направленность на конкретную практическую деятельность и на реальную действительность, повышенный уровень притязаний, легкость и быстрота в принятии решений. Независимость в принятии решений, открытость и прямолинейность по отношению к людям, принятие общепринятых моральных норм и правил. Высокий уровень притязаний сочетается с некоторым недовольством собой, подверженностью сомнениям, что обеспечивает стремление к самоактуализации и самосовершенствованию. Поведение отличается демонстративностью (поисками признания), смелостью, предприимчивостью, готовностью к риску, настойчивостью, высокой мотивацией достижения, умением действовать в незнакомых обстоятельствах, добросовестностью, развитым чувством долга и ответственности, деловой направленностью.

Свойственна способность к активной социальной жизни, развитая коммуникативность (навыки социального взаимодействия). В сфере межличностных отношений отмечается социальная активность в виде лидерских тенденций, стремления к доминированию, значимости собственной позиции, социального престижа, которые сочетаются с откликаемостью на воздействия окружения, стремлением приспособляться к нему, желанием сотрудничать с другими людьми, экзальтацией (потребность в излиянии своего дружелюбия на окружающих), стремлением соответствовать ожиданиям группы.

Эмоционально-волевая сфера характеризуется яркостью эмоций, высоким уровнем жизнелюбия, жизнерадостностью, некоторой беспечностью, легкостью возникновения эмоциональных всплесков с быстрой отходчивостью, эмоциональной вовлеченностью, которая может носить более поверхностный характер, чем это декларируется. В ситуациях противодействия может быстро вспыхивать гневливая реакция, которая также легко угасает. Его поступки и высказывания могут опережать их продуманность, и быть обусловленными сиюминутными потребностями, имеется тенденция к спонтанной самореализации. При этом отмечаются хорошая эмоциональная устойчивость, уверенность в себе и в своих силах, спокойное адекватное восприятие действительности, развитые волевые качества, уравновешенность и стабильность в поведении, умение контролировать свои эмоции и поведение, высокая стрессоустойчивость. Основными защитными механизмами его личности являются — уход от конфликтной ситуации с целью снижения эмоционального дискомфорта и (или) рационализация с обесцениванием объекта фрустрированной потребности. В личностно значимых ситуациях, в си-

туациях стресса испытуемый склонен проявлять избыточную, но не всегда целенаправленную активность, при этом могут усиливаться гиперстенические (агрессивные) тенденции. Однако волевая регуляция своих эмоций и поведения высокая, в социально значимых ситуациях эти свойства могут успешно контролироваться.

В целом личность характеризуется, как эмоционально устойчивая, достаточно зрелая, отличающаяся направленностью на реальную действительность, стрессоустойчивостью, развитыми волевыми качествами, умением контролировать свои эмоции и поведение.

В актуальном состоянии наблюдаются ситуационно обусловленный стресс, вызванный ограничением и запретами, стремление к независимости и самостоятельности, настойчивость в отстаивании собственного мнения (по результатам МЦВ).

После проведенного обследования пациент уехал в Москву, отказавшись от предлагаемой помощи (планировалось проведение психотерапии и психофармакотерапии — ноотропы, нормотимики, метаболическая терапия).

Катамнез (июнь 2015 г, через 12 месяцев после психотравмы).

Пациент живет и работает в Москве, за медицинской помощью не обращался. С товарищем создали строительную фирму, пациент успешен, зарабатывает “намного больше денег, чем раньше”. С партнером по бизнесу отношения устойчивые, проверенные, доверительные.

В личной жизни — “серьезных отношений нет, но девушек много, контакт устанавливается легко, и на данном этапе все устраивает”. С бывшей гражданской женой расстался окончательно (по ее инициативе) — “так и не удалось вернуть... Ну и Бог с ней”.

Жалобы предъявляет активно только на выраженную метеочувствительность: “при перемене погоды болит все тело, желудок — особенно ночью, невозможно уснуть. Утром после такой ночи — тошнит, однако идет на работу, и постепенно состояние улучшается”. При вопросе о переживаниях во время такой тяжелой ночи — “уж точно не о тех событиях, пытаюсь переключиться на хорошее, и обычно получается, это помогает”. При активном расспросе также выявляются жалобы на “рассеянность, забывчивость — если идет в магазин, то половины не купит; по работе все записывает в ежедневник, и тогда удается все выполнить”.

Настроение оценивает как ровное, хорошее. Полагает, что “взвинченность и раздражительность ушли” (это подтверждается объективными наблюдениями). Спокойно обсуждает события плена, они не вызывают ярких эмоциональных переживаний; не стремится уклониться от разговора о плене и пытках. Отрицает спонтанные воспоминания — “их нет ни наяву, ни во сне”. Уверенно сообщает о том, что никакие стимулы

(например, по работе — резкие звуки, вспышки, сварка, электроприборы) не провоцируют воспоминаний и переживаний событий лета 2014 года. Перестал активно следить по Интернету за украинскими событиями, искать видеозаписи о пленниках. Отрицает, что пережитые события “хоть в какой-то мере изменили его”.

За прошедшие 10 месяцев дважды ездил в Луганск — “но теперь уже по работе: набирал там каменщиков, группу человек по 30, и вместе с ними ехал на объект в Москве”. Во время первой поездки (декабрь 2014, через 6 месяцев после плена) — “боялся, был напряжен, плохо спал накануне, аж трясло перед пересечением границы”. Поездка прошла успешно, и вторую поездку (март 2015) совершил легко, “как по России проехался”.

Восстановилась чувствительность к алкоголю. Со слов пациента, обычно выпивает немного (максимальная доза — 200 г этанолового эквивалента). Опьянение типичное. Частота приема спиртного — 2–3 раза в мес.

Отрицает возобновление азартной игры (хотя становится несколько напряженным при обсуждении этой темы). Вскользь упоминает, что “за день может потратить около 50 т.р., не особо заметив, куда”. На повторные вопросы утверждает, что не посещает ни казино, ни игровых залов (имеются в виду подпольные), ни букмекерских контор; единственное, что позволяет себя — “поиграть в социальных сетях ночью”, не делая денежных ставок. При этом выясняется, что пациент по-прежнему мало спит (ложится в 1–2 ч ночи, встает около 6, причем до звонка будильника). Иногда (редко, 1–2 раза в месяц) устраивает себе выходной, и тогда отсыпается (до 10 ч сна).

Во время беседы пациент спокоен, уравновешен, синтонен. Речь не ускорена, последовательна, суждения логичны. Соблюдает дистанцию. Польщен вниманием к нему. Готов беседовать, чтобы “этим помочь людям, попавшим в такую же, как он, ситуацию”. Больным себя не считает, но в то же время, готов пройти дообследование (целью при этом является “что-нибудь сделать с болями во всем теле при изменении погоды”).

Результаты психометрического исследования

А. Шкала клинической диагностики ПТСР (CAPS).

Август 2014 г.: частота симптомов — 25 б., интенсивность симптомов — 18 б., общий балл — 43 б.

CAPS позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. CAPS была переведена в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии РАН, применялась в комплексном исследовании ПТСР на разном контингенте, полученные данные приводятся ниже (табл. 1):

Таблица 1. Средние значения показателей CAPS, по Тарабриной Н. В., 1995, 1996, [58]

Группа	Частота симптомов	Интенсивность симптомов	Общий балл
Беженцы, “норма”	9,5	9,2	18,7
Беженцы, ПТСР	30,0	31,3	61,3
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, “норма”	11,4	11,4	22,8
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, ПТСР	23,1	23,8	46,9
Ветераны войны в Афганистане, “норма”	6,6	7,5	14,1
Ветераны войны в Афганистане, ПТСР	27,4	29,9	57,3

Б. Миссисипская шкала (гражданский вариант)

Общий балл: август 2014 г. — 71 б.; июнь 2015 г. — 73 б.

Миссисипская шкала (МШ) была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий. В настоящее время она является одним из широко используемых инструментов для измерения признаков ПТСР.

В. Шкала оценки влияния травматического события (IES-R).

Субшкала “вторжение”: август 2014 г. — 5 б. **Июнь 2015 г. — 5 б.**

Субшкала “избегание”: август 2014 г. — 8 б. **Июнь 2015 г. — 8 б.**

Субшкала “физиологическая возбудимость”: август 2014 г. — 4 б. **Июнь 2015 г. — 5 б.**

Общий балл IES-R: август 2014 г. — 17 б. **Июнь 2015 г. — 18 б.**

Шкала оценки влияния травматического события получила распространение в нашей стране в начале 1990-х гг. в ряде исследований, посвященных изучению психологических последствий аварии на ЧАЭС,

Таблица 2. Средние значения Миссисипской шкалы (гражданский вариант), по Тарабриной Н. В., 2001, [58]

Группа	Средний балл
Пожарные	73,79
Спасатели	70,85
Беженцы, “норма”	79,70
Беженцы, ПТСР	105,14
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, “норма”	90,15
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, ПТСР	99,44

а также проведенных на контингенте ветеранов войны в Афганистане. Полученные в этих работах данные приводятся ниже (табл. 3).

Анализ приведенной выше клинической информации позволяет говорить о том, что ни во время первого обследования (август 2014 года), ни спустя 10 месяцев (июнь 2015 года) пациент признаков посттравматического стрессового расстройства не проявлял.

Согласно ИДК-10, необходимые для верификации диагноза ПТСР критерии формулируются следующим образом:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума (*Sic! Даже сложно представить себе ситуацию, более патогенную, чем та, в которой находился А. в июне 2014 года.*)

Б. Стойкие воспоминания или “оживление” стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором (*отсутствует и через 2, и через 12 месяцев после психотравмы.*)

Таблица 3. Средние значения показателей методики IES-R, по Тарабриной Н. В., 2001, [58]

Группа	Субшкала “вторжение”	Субшкала “избегание”	Субшкала “физиологическая возбудимость”	Общий балл
Пожарные	5,8	7,3	3,6	16,6
Спасатели	6,0	5,1	3,4	14,4
Сотрудники МВД	7,7	9,3	5,5	22,4
Военнослужащие	8,9	9,5	6,4	24,8
Беженцы, “норма”	14,6	14,9	11,3	40,8
Беженцы, ПТСР	27,4	27,4	22,6	77,4
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, “норма”	14,7	14,4	13,3	42,4
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, ПТСР	24,3	20,7	23,3	68,3

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (*отсутствует и через 2, и через 12 месяцев после психотравмы*).

Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора (*отсутствует и через 2, и через 12 месяцев после психотравмы*);

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

а) затруднение засыпания или сохранения сна — *присутствует, но было и до психотравмы*;

б) раздражительность или вспышки гнева — *присутствует раздражительность, через 2 месяца, но не через год*;

в) затруднения концентрации внимания — *присутствует и через 2 месяца, и через год*;

г) повышение уровня бодрствования — *присутствует через 2 месяца, но не через год*;

д) усиленный рефлекс четверохолмия — *присутствует через 2 месяца, но не через год*.

Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Итак, наличие критерия А не привело к появлению признаков, соответствующих критериям Б и В, а признаки критерия Г представлены фрагментарно; пациент не был болен ПТСР ни через 2 месяца после психотравмы, ни через год после нее. Нет надежных оснований даже для верификации более “мягкой” психопатологии — расстройств адаптации (невроза). Это заключение подтверждает и психометрический метод с применением наиболее валидных инструментов.

Очевидно, что сохранить душевное здоровье А. удалось благодаря неким predispositional качествам. Каким? Ответ на этот вопрос составляет некоторые сложности. Возможно (думаю, многие коллеги со мной согласятся), эти сложности продиктованы тем, что гораздо лучше мы умеем выявлять патогенные, а не саногенные факторы и механизмы.

Кстати, осложняющих ситуацию факторов в приведенном случае предостаточно. Если бы пациент заболел, мы активно обсуждали бы:

1. Наследственную отягощенность алкогольной зависимостью, говорили бы о вероятно измененной (в силу генетических особенностей) нейрохимии. Обязательно упомянули бы наличие игровой зависимости, которая, как известно, изменяет функционирование ЦНС и увеличивает стрессуязвимость;

2. Противоречивое воспитание (жесткое, с эмоциональным отвержением со стороны отца, и покровительствующую гиперопеку со стороны матери), многочисленные психотравмы детского возраста;

3. Акцентуацию, с доминирующей гипертимностью, но стоящим в ее тени неустойчивым радикалом;

4. “Двойную” психотравму — ведь основная травма в виде высокой опасности для жизни, пыток, боли просто обязана была “катализироваться” второй психотравмой — сразу после освобождения пациент узнал, что подруга вышла замуж за другого, он “не успел, не смог вернуть ее, его бросили”.

5. Мы упомянули бы о явной мощной симпатикотонии после освобождения, с нарушениями сна, возбудимостью, тахикардией, пароксизмальной активностью на ЭЭГ.

Быть может, есть еще провоцирующие факторы? Проведенный анализ литературы позволил систематизировать известные предикторы развития ПТСР следующим образом:

А. Факторы predisposition,

А1. Личностной (психологической),

А2. Социальной,

А3. Биологической,

А4. Гендерной,

А5. Возрастной.

Б. Фактор психотравмы.

В. Условия воздействия психотравмы.

Г. Характеристики первичной реакции на тяжелый стресс.

Наиболее значимые выявленные предикторы приведены в таблице 4.

Shalev A. Y. et al. (1996) [17] провели критический анализ 38 исследований и идентифицировали многочисленные факторы риска развития ПТСР. Среди них авторы выделили: а) претравматическую уязвимость (например, семейная история психических расстройств, пол, генетические и нейроэндокринные факторы, личностные черты, ранняя травматизация, негативный воспитательный опыт и низкий уровень образования), б) величину стрессора, подготовленность к неожиданным событиям и реакции на них (например, диссоциативные и поведенческие ответы) и в) посттравматические факторы (например, острые симптомы, социальная поддержка и другие стрессы жизни).

На основании мета-анализа к возможным предикторам затяжного течения стрессового расстройства Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. (2000) [38] отнесено три категории факторов. Проанализированы, во-первых, общая группа факторов, включающая пол, возраст и расовую принадлежность, и, во-вторых, группа факторов, имеющих различия в зависимости от популяции: психиатрический анамнез, ранние детские психические травмы и нарушения развития. В результате проведенного анализа выделены факторы, имеющие наибольшую прогностическую значимость

Таблица 4. Предикторы ПТСР (литературные данные)

Фактор	Исследования
А1. Личностной (психологической) predispositions: личностные черты и воздействия, повлиявшие на их формирование	<p>Невротическая структура личности (Nissen G., 1981 [10]) Пограничное расстройство личности (Gunderson J. G., Sabo A. N., 1993 [11]) Нейротизм\эмоциональность (McFarlane A. C., 1988 [12]; Pitman R. K., Shalev A. Y., Scott P., 1999 [13]) Интраверсия Бундало Н. Л., 2008 [14]; Винокурова И. П., 2009 [15]) Уровень адаптивности (Епутаев Я. Ю. и соавт., 2003 [16]) Уровень эргичности в интеллектуальной сфере (Епутаев Я. Ю. и соавт., 2003 [16]) Уровень личностной тревожности (Shalev A. Y. et al., 1996 [17]; Ичитовкина Е. Г. и соавт., 2011 [18]) Смелость (Sutker P. B. et al., 1995 [19]) Чувство контроля и восприятие изменений как обратимых или не обратимых (Sutker P. B. et al., 1995 [19]) Пессимистический атрибутивный стиль (Solomon Z., Mikulincer M., 1987 [20]) Наличие тревожных, аффективных расстройств, зависимостей (Wilson J. P., Raphael B., 1993 [21]) Уровень интеллекта (Pitman R. K., Shalev A. Y., Scott P., 1999 [22]) Высокий нейротизм в сочетании с невысоким интеллектом (Вигура Е. А., 2003 [23]; Падун М. А., Лочехина Л. И., 2009 [24]) Экстернальный локус контроля (Solomon Z., Mikulincer M., 1987 [20]) Поло-ролевая идентификация (Kessler R. C. et al., 1995 [2]; Бундало Н. Л., 2008 [14]) Несовершенство исходных копинг-стратегий (Kluck J. J., 2007 [25]) Опыт потребления психоактивных веществ и химическая зависимость (Масагутов Р. М. и соавт., 2008 [26]; Barrett E. L. и соавт., 2011 [27]) Повторная травматизация (Resnick H. S., Kilpatrick D. G., Lipovsky J. A., 1991 [28]; Bremner J. D., 1993 [29]; Breslau N. et al., 1999 [30]; Винокурова И. П., 2009 [15]) Тип первой травмы (Yehuda R., 2002 [31]) Воспитание в неполных и конфликтных семьях (Бундало Н. Л., 2008 [14]) Отсутствие любви к отцу (Бундало Н. Л., 2008 [14]) Воспитание ребенка взрослыми одного, преимущественно женского пола (Бундало Н. Л., 2008 [14]) Атеизм (Идрисов К. А., 2011 [32])</p>
А2. Социальной predispositions	<p>Плохая социальная поддержка (Horowitz M. J., Solomon G. F., 1978 [33]) Уровень образования (Kessler R. C. et al., 1995 [2]; Shalev A. Y. et al., 1996 [34]) Принадлежность к “национальным меньшинствам” (Horowitz M. J., Solomon G. F., 1978 [33]) Социо-экономический статус (Yehuda R., 2002 [31]) Одиночество, низкий экономический статус, социальная изоляция (Красильников Г. Т., Наров М. Ю., 2003 [35]) Семейное положение (Фокин А. А. и соавт., 2010 [36]) Непопулярность войны (Тадевосян М. Я., 2013 [37])</p>
А3. Биологической predispositions	<p>Генетический фактор (Shalev A. Y. et al., 1996 [34]; Brewin C. R., Andrews B., Valentine J., 2000 [38]; Епутаев Я. Ю. и соавт., 2003 [16]) Психопатологии в семейной истории (Yehuda R., 2002 [31]) ПТСР в семейной истории (Solomon Z., Mikulincer M., 1987 [20]) Психофизиологическая реактивность (Тарабрина Н. В., 2003 [5]) Уровень кортизола (Bremner J. D. et al., 1997 [40]) Объем гиппокампа (Pitman R. K., Shalev A. Y., Scott P., 1999 [22]) Резидуально-органическое поражение головного мозга (Масагутов Р. М. и соавт., 2008 [26]) Тяжесть травмы головного мозга (Bryant R. A., 2008 [41]; Meares S. et al., 2008 [42]) Преморбидная вегетативная дисфункция (Ласков В. Б. и соавт., 2010 [43])</p>
А4. Гендерной predispositions	Женский пол (Шпорт С. В., 2007 [44]; Brewin C. R., Andrews B., Valentine J., 2000 [38])
А5. Возрастной predispositions	Возраст (Александровский Ю. А., 2001 [45]; Brewin C. R., Andrews B., Valentine J., 2000 [38])
Б. Фактор психотравмы	<p>Тяжесть стрессора (Shalev A. Y. et al., 1996 [34]; Brewin C. R., Andrews B., Valentine J., 2000 [38]) Тип психотравмы (Green V. L., 1994 [46]) Длительность травматического воздействия (Винокурова И. П., 2009 [15]; Фокин А. А. и соавт., 2010 [36])</p>
В. Условия воздействия психотравмы	<p>Длительное пребывание в условиях хронической психической травматизации (Breslau N. et al., 1991 [1]; Красильников Г. Т., Наров М. Ю., 2003 [35]). Физическая травма, ранение (Шанин Ю. Н., 1997 [47]; Чиж И. М. и соавт., 2000 [48]; Денисова Е. А., Блиникова И. В., 2001 [49]; Kulka R. A. et al., 1990 [50]) Астенизация (Красильников Г. Т., Наров М. Ю., 2003 [35]) Воздействие специфических факторов боевой обстановки — дефицит времени, ускорение темпов действий, неопределенность, неопределенность, новизна (Пушкарев А. Л. и соавт., 1999 [51]) Недостаток полноценного сна, особенности водного режима и питания (Пушкарев А. Л. и соавт., 1999 [51]) Климатические условия (Пушкарев А. Л. и соавт., 1999 [51])</p>

Фактор	Исследования
Г. Характеристики первичной реакции на тяжелый стресс	Перитравматическая диссоциация (Агарков В. А., 2000 [52]) Реакция на травму в виде диссоциативных нарушений (Shalev A. Y. et al., 1996 [17]; Ehlers A., Mayou R. A., Bryant B., 1998 [53]) Стабильность симптомов посттравматической диссоциации (Вельтицев Д. Ю., 2010 [54]) Повторяющиеся переживания событий (Ehlers A., Mayou R. A., Bryant B., 1998 [53]; Brewin C. R., Andrews B., Valentine J., 2000 [38])

во всех исследованиях. К ним отнесены: наличие психического расстройства в анамнезе, эпизодов насилия в детском возрасте, а также наследственной отягощенности психическими расстройствами. При несомненной значимости данных предикторов, наибольшее значение имели особенности предшествующего и острого периода психической травмы: ее выраженность, отсутствие социальной поддержки, а также наличие дополнительных стрессовых факторов, оказывающих хроническое воздействие. Для отдаленного прогноза более информативными оказались субъективные критерии оценки психического состояния (самооценка), в отличие от экспертных (клинических). С помощью выделенного авторами набора признаков в проведенном исследовании удалось осуществить прогноз отдаленных последствий (2 – 4 года) психогений боевой обстановки со степенью надежности распознавания 85 % — для благоприятного исхода, 79 % — для случаев с формированием затяжных форм психической травмы.

Brewin Ch. R. et al. (2000) [55] провели мета-анализ 14 отдельных факторов риска для ПТСР. Авторы выявили три категории факторов риска — пол, возраст получения травмы и раса. Другие факторы (образование, предыдущая травма, “трудности детства”), также рассматриваемые как предикторы ПТСР, варьировали в своей значимости в зависимости от исследуемой популяции и используемых методов. Были выявлены также такие факторы, как психиатрическая история, известные “расстройства зависимости” в детстве и семейная психиатрическая история, которые имели более однородный прогнозирующий эффект. В отдельности величина эффекта всех факторов риска была скромна, но факторы, действующие во время или после травмы (такие как серьезность травмы, недостаточность социальной поддержки и жизненные стрессы), имели несколько более сильные эффекты, чем претравматические факторы.

Итак, целый ряд predisпозиционных факторов обнаруживается в анамнезе пациента; эти факторы могли бы объяснить развитие расстройства и его прогрессию. Но — не случилось. Очевидно, за счет того, что ряд “протективных” predisпозиционных факторов оказался более мощным, и “барьер психической адаптации” пациента устоял.

Представляется, что среди этих “защитных” факторов немалое значение имели:

А) Личностный компонент: А. имеет сильный тип высшей нервной деятельности и является акцентуированной личностью гипертимного типа. Ему присущи высокая адаптивность, находчивость, обучаемость. По результатам клинико-психологического исследования, познавательные процессы А. характеризуются хорошим уровнем развития и работоспособности: процесс мышления характеризуется устойчивостью, оперативностью, подвижностью, стиль мышления преимущественно абстрактно-логический. Выявляются хороший уровень общей культуры, интерес к получению новых знаний, широта взглядов; практичность, самостоятельность в решении интеллектуальных задач. Выраженная экстравертированность, фокусированность в большей мере на внешних событиях в сочетании с достаточной интрапсихической активностью (умением внутренне перерабатывать и анализировать происходящие жизненные события). Открытость, общительность, активность в установлении как межличностных, так и социальных контактов. Достаточно активная личностная позиция, высокая мотивация достижения, рациональность, практичность. Свойственна способность к активной социальной жизни, развитая коммуникативность. Эмоционально-волевая сфера характеризуется яркостью эмоций, высоким уровнем жизнелюбия, жизнестойкостью. Хорошая эмоциональная устойчивость, уверенность в себе и в своих силах, спокойное адекватное восприятие действительности, развитые волевые качества, уравновешенность и стабильность в поведении, умение контролировать свои эмоции и поведение, высокая стрессоустойчивость. В целом личность характеризуется, как эмоционально устойчивая, достаточно зрелая, отличающаяся направленностью на реальную действительность, стрессоустойчивостью, развитыми волевыми качествами, умением контролировать свои эмоции и поведение.

Б) Биологический компонент: значительная выносливость, высокий болевой порог.

В) Половой компонент: сильная половая конституция. Автор не является приверженцем психоанализа, однако полагает, что указанная черта может быть отнесена к саногенным.

Г) Социальный компонент: как известно (см табл. 4), непопулярность войны имеет немалое значение. О непопулярности ополчения непризнанных республик на Юге России говорить не приходится. Оре-

ол героя, справившегося с врагами, пережившего плен — своеобразная награда А. Интересно, что слабая представленность исходного истерического личностного радикала не приводит к формированию диссоциативного поведения.

Представляется резонным утверждать, что совокупность указанных факторов позволили пленнику выдержать тяжкое испытание и не заболеть. Будем надеяться, что своих защитных факторов хватит огромному числу людей, вовлеченных в трагедию на Юго-Востоке Украины.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Breslau N., Davis G. C., Andreski P., Peterson E.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults // *Arch Gen Psychiatry*. — 1991. — 48. — 216–22.
2. *Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E. et al.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch Gen Psychiatry*. — 1995. — 52. — 1048–1060.
3. *Александровский Ю.* Чрезвычайные ситуации и психогенные расстройства // *Врач*. — 1997. — № 9. — С. 2–6.
4. *Stein M. B., Walker J. R., Hazen A. L., Forde D. R.* Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey // *Am. J. Psychiatry*. — 1997. — 154. — 1114–1119.
5. *Тарабрина Н. В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер. — 2001.
6. *Burt M. R., Katz B. L.* Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. // *Journal of Interpersonal Violence*. — 1987. — № 2. — P. 57–81.
7. *Silver R. L., Boon C., Stones M. H.* Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest // *Journal of Social Issues*. — 1983. — № 39. — P. 81–102.
8. *Roth S., Lebowitz L.* The experience of sexual trauma // *Journal of Traumatic Stress*. — 1988. — № 1, — P. 79–107.
9. *Kahana B., Harel Z., Kahana E.* Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust. In J. P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Plenum. — 1988. — P. 171–192.
10. *Nissen G.* Classification of childhood depression // *Acta Paedopsychiatr.* — 1981. — 46 (5–6). — 275–84.
11. *Gunderson J. G., Sabo A. N.* The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD // *Am. J. Psychiatry*. — 1993. — 150: 19–27.
12. *McFarlane A. C.* Relationship between psychiatric impairment and a natural disaster: The role of distress // *Psychological Medicine*. — 1988. — V. 18. — P. 129–139.
13. *Pitman R. K., Shalev A. Y., Scott P.* Posttraumatic Stress Disorder: Emotion, Conditioning & Memory // *The Cognitive Neurosciences*. 2nd. ed. Mass.: MIT Press, 1999. — P. 1133–1147.
14. *Бундало Н. Л.* Посттравматическое стрессовое расстройство: автореф... д-ра мед. наук. СПб.: ПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. 51 с.
15. *Винокурова И. П.* Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства. // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. — 2009. — № 35. — с. 43–48.
16. *Епутаев Я. Ю., Иконникова М. Е., Азарков В. А., Тарабрина Н. В.* Диссоциативные состояния и формально-динамические свойства индивида // *Материалы 7-й междисциплинарной конференции “Стресс и поведение”*. — М. — 2003. — С. 121.
17. *Shalev A. Y., Peri T., Canetty P. et al.* Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study // *Am. J. Psychiatr.* — 1996. — Vol. 153. — P. 219–225.
18. *Ичитовкина Е. Г., Злоказова М. В., Рубцова Т. В., Николаев Н. Е.* Факторы, способствующие формированию пограничных психических расстройств у комбатантов стрессовых подразделений Министерства внутренних дел. // *Вестник современной клинической медицины*. — 2011. — Том 4, Вып. 4. — С. 11–15.
19. *Sutker P. B., Davis J. M., Uddo M., Ditta S. R.* Assessment of psychological distress in Persian Gulf troops: Ethnicity and gender comparisons // *Journal of Personality Assessment*. — 1995. — 64(3). — 415–427.
20. *Solomon Z., Mikulincer M.* Combat stress reaction, PTSD and social adjustment: a study of Israeli veterans // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 1987. — 175. — 277–285.
21. *Wilson J. P., Raphael B. eds.* International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum, 1993: 405–19.
22. *Pitman R. K., Shalev A. Y., Scott P.* Posttraumatic Stress Disorder: Emotion, Conditioning & Memory // *The Cognitive Neurosciences*. 2nd. ed. Mass.: MIT Press. — 1999. — P. 1133–1147.
23. *Бузура Е. А.* Методический подход к формированию позитивной активности личности в негативных условиях деятельности // *Проблемы психологии и эргономики*. — 2003. — № 3. — С. 47.
24. *Падун М. А., Лочехина Л. И.* Связь интеллекта и посттравматического стресса у ветеранов боевых действий с различным уровнем нейротизма // *Психология человека в современном мире. Материалы Всероссийской юбилейной научной конференции, посвященной 120-летию со дня рождения С. Л. Рубинштейна, Том 2*. — 15–16 октября 2009 г. / Отв.ред.: А. Л. Журавлев, И. А. Джидарьян, В. А. Барабанщиков, В. В. Селиванов, Д. В. Ушаков. — М.: Изд-во “Институт психологии РАН”, 2009. — с. 373–379.
25. *Kluck J. J.* Посттравматическое стрессовое расстройство / В кн.: *Секреты психиатрии / Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова*. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 2-е изд. — с. 120–127.
26. *Мазагутов П. М., Шлагалева Э. С., Коротнева Е. В., Мухомова Н. Э., Вагизов К. П.* Травматический опыт и факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства у мужчин, страдающих алкоголизмом // *Наркология*, 2008. — Том 7, N 3. — С. 57–61.
27. *Barrett E. L., Mills K. L., Teesson M.* Hurt people who hurt people: Violence amongst individuals with comorbid substance use disorder and post traumatic stress disorder // *Addictive Behaviors*. — 2011. — 36(7). — 721–728.
28. *Resnick H. S., Kilpatrick D. G., Lipovsky J. A.* Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions // *Psychological Assessment*. — 1991. — № 3. — P. 561–572.
29. *Bremner J. D., Davis M., Southwick S. M., Krystal J. H., Charney D. S.* Neurobiology of posttraumatic stress disorder In: *Oldham J. M., Ribs M. B., Tasman A., eds. Review of psychiatry. Vol 12*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993: 183–204.
30. *Breslau N., Chilcoat H. D., Kessler R. C., Davis G. C.* Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma // *Am. J. Psychiatry*. — 1999. — 156(6). — 902–907.
31. *Yehuda R., Halligan S. L., Grossman R., Golier J. A., Wong C.* The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder // *Biol. Psychiatry*. — 2002. — 52. — 393–403.
32. *Идрисов К. А.* ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации // *Вестник психиатрии Чувашии*. — 2011 г. — № 7. — с. 31–35.
33. *Horowitz M. J., Solomon G. F.* Delayed stress response syndromes in Vietnam veterans, in *Stress Disorders Among Vietnam Veterans: Theory, Research and Treatment*. Edited by Figley CR. New York, Brunner / Mazel. — 1978. — pp. 268–280.
34. *Shalev A. Y., Peri T., Canetty et al.* Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study // *Am. J. Psychiatr.* — 1996. — Vol. 153. — P. 219–225.

35. Красильников Г. Т., Наров М. Ю. Предиспонирующие факторы посттравматического стрессового расстройства // Медицина в Кузбассе. Спецвыпуск / Проблемы медицины и психиатрии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции “Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения промышленно развитых регионов России”, посвященной 65-летию психиатрической службы Кузбасса. — Кемерово, 2003. — с. 201 – 203.
36. Фокин А. А., Лыткин В. М., Снедков Е. В. О возможности прогнозирования развития посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов локальных войн // URL: <http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1778> (дата обращения: 07.05.2010).
37. Тадевосян М. Я. Роль черепно-мозговой травмы в динамике боевого посттравматического стрессового расстройства. Автореф. дис. к.м.н. — Ереван. — 2013. — 22 с.
38. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma exposed adults // J. Consult. Clin. Psychol. -2000. — Vol. 68. — P. 748–766.
39. Епутаев Я. Ю., Иконникова М. Е., Азарков В. А., Тарабрина Н. В. Диссоциативные состояния и формально-динамические свойства индивида // Материалы 7-й междисциплинарной конференции психологической психиатрии “Стресс и поведение”. — М. — 2003. — С. 121.
40. Bremner J. D., Licinio J., Darnell A., Krystal J. H., Owens M. J., Southwick S. M., Nemeroff C. B., Charney D. S. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder // Am. J. Psychiatry. — 1997. — 154: 624 – 629.
41. Bryant R. A. Disentangling Mild Traumatic Brain Injury and Stress Reactions // NEJM. — 2008. — 358(5). — 525 – 7.
42. Meares S., Shores E. A., Taylor A. J. et al. Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. -2008. — 79. — 300 – 6.
43. Ласков В. Б., Позосов А. В., Малащенко О. И., Пушин А. А. Нейровегетативные и эмоционально-личностные особенности как факторы риска формирования посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих — участников локальных боевых конфликтов (комбатантов) // Практическая неврология и нейрореабилитация. — 2010. — N 1. — с. 22 – 25.
44. Шпорт С. В. Гендерные особенности острой реакции на стресс (обзор литературы) // Российский психиатрический журнал. -2007. — N2. — с. 41 – 47.
45. Александровский Ю. А. Динамика психогенных расстройств во время и после завершения чрезвычайной ситуации // VIII Российский Национальный Конгресс “Человек и лекарство” 2 – 6 апреля 2001 г. // Психиатрия и психофармакотерапия. -№ 1 – 2001. — с. 34.
46. Green B. L., Grace M. G., Vary M. G. et al. Children of disaster in the second decade: A 17-year follow-up of Buffalo Greek survivors // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — 1994. — V. 33. — P. 71 – 79.
47. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю. Н. Шаннина. — СПб: “Специальная Литература”. — 1997. — 960 с.
48. Чиж И. М., Иванов В. Н., Голов Ю. С., Щегольков А. М. Становление и перспективы развития медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации // Военно-медицинский журнал. — 2000. — N 1. — С. 4 – 15.
49. Денисова Е. А., Блиникова И. В. Изменения в когнитивной и личностной сферах у лиц с травматическим опытом, полученным в боевых действиях. / Материалы VI Международной междисциплинарной конференции по биологической психиатрии “Стресс и поведение”, Москва, 25 – 26 октября 2001 г. — с. 15 – 16.
50. Kulka R. A., Schlenger W. E., Fairbank J. A., et al: Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York, Brunner / Mazel, 1990.
51. Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. М.: 2000.
52. Азарков В. А., Тарабрина Н. В., Метелев А. В. и др. Кросс-культурное исследование диссоциативных феноменов / Сб. трудов VII Международной конференции “Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф”. — Минск, 2000.
53. Ehlers A., Mayou R. A., Bryant B. Psychological predictors of chronic post-traumatic stress disorder after motor vehicle accidents // J. Abnorm. Psychol. — 1998. — Vol. 107. — P. 508 – 519.
54. Вельтищев Д. Ю. Острые стрессовые расстройства: факторы прогноза и профилактики затяжного течения // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20, вып. 2. — С. 48 – 52.
55. Brewin Ch. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2000. — 68(5). — 748 – 766.
56. Шостакович Б. В., Парфентьева О. В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних потерпевших. Метод. рекомендации. М. — 1977 г. — 15 с.
57. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений. Курс лекций. — М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 512 с.
58. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

Новый порядок недобровольной госпитализации: коллизии в законодательстве и способы их разрешения

Ю. Н. Аргунова

Дается сравнительно-правовой анализ положений Закона о психиатрической помощи и Кодекса административного судопроизводства РФ, регулирующих судебный порядок недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Предлагаются способы разрешения коллизий норм. Вносятся предложения по устранению пробелов в законодательстве.

Ключевые слова: недобровольная госпитализация в психиатрический стационар; Кодекс административного судопроизводства РФ

Новый Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации (далее — КАС РФ), введённый в действие с 15 сентября 2015 г., вывел дела о психиатрическом освидетельствовании и госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (далее — психиатрический стационар), в недобровольном порядке из сферы действия ГПК РФ¹ и перевёл их в разряд административных дел.

Поскольку Кодекс оперирует собственным **понятийным аппаратом**, изменились наименования сторон, подаваемых в суд документов, принимаемых судебных актов. Психиатрический стационар выступает теперь не как заявитель, а как *административный истец*, а госпитализированное лицо (пациент), выступавшее в качестве заинтересованного лица, именуется *административным ответчиком*. Заявление в суд по новым правилам следует оформлять как *административное исковое заявление*. Суд, рассмотрев дело по существу, принимает решение об удовлетворении административного иска или об отказе в его удовлетворении. Такое известное Закону о психиатрической помощи действие, как дача судом санкции на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, оформляется теперь в виде *определения* суда.

Новый Кодекс упорядочил действия медицинской организации, процедуру судебного контроля недобровольной госпитализации, конкретизировал перечень и содержание представляемых в суд документов, восполнив тем самым пробелы, существовавшие в За-

коне о психиатрической помощи и ГПК РФ. Соответственно этому значительно вырос круг обязанностей психиатрического стационара и судебных органов. Эти изменения, в целом, позволяют в большей мере обеспечить правильность и своевременность разрешения данной категории дел. Вместе с тем, ряд новаций позволяет, наоборот, фактически пренебречь принципами равенства и состязательности сторон в судопроизводстве, снизить полноту и объективность исследования доказательств. Не смог законодатель освободить принятые им законодательные нормы от коллизий и пробелов, что повлечёт трудности при их применении и прежде всего медицинскими организациями.

Требования к подаваемым в суд документам. Административное исковое заявление (далее — заявление) о недобровольной госпитализации лица (в случае, если комиссия врачей-психиатров по правилам Закона о психиатрической помощи признает такую госпитализацию обоснованной) должно подписываться непосредственно руководителем медицинской организации или его заместителями. Согласно ч. 3 ст. 275 КАС РФ **в заявлении должны быть указаны:**

1) сведения, предусмотренные п. 1 – 3, 5 и 8 ч. 2 ст. 125 КАС РФ:

– наименование суда (по месту нахождения медорганизации), в который подаётся заявление (п.1 ч. 2 ст. 125 КАС РФ);

– наименование административного истца (медорганизации), место его нахождения, сведения о его государственной регистрации; Ф.И.О. представителя, его почтовый адрес, сведения о высшем юридическом образовании, если заявление подаётся представителем²; номера те-

¹ В соответствии с п. 14 ст. 16 Федерального закона от 8 марта 2015 г. № 23-ФЗ глава 35 ГПК РФ с 15 сентября 2015 г. утратила силу.

² Поскольку по правилам ч. 1 ст. 275 КАС РФ заявление медорганизации с приложенными к нему документами подаётся в суд именно *представителем* медорганизации, то

лефонов, факсов, адреса электронной почты административного истца, его представителя (п. 2 ч. 2 ст. 125 КАС РФ);

– Ф.И.О. административного ответчика (гражданина), его место жительства или место пребывания, дата и место рождения (если известны); номера телефонов, факсов, адреса электронной почты (если известны) (п. 3 ч. 2 ст. 125 КАС РФ);

– содержание требований к административному ответчику и изложение оснований и доводов, посредством которых административный истец обосновывает свои требования (п. 5 ч. 2 ст. 125 КАС РФ);

– иные сведения (п. 8 ч. 2 ст. 125 КАС РФ);

2) установленные федеральным законом (Законом о психиатрической помощи) основания для недобровольной госпитализации лица;

3) ссылки на заключение комиссии врачей и иные данные, обосновывающие эти сведения.

К административному исковому заявлению согласно ч. 4 ст. 275 КАС РФ *должны прилагаться*:

1) заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости пребывания³ лица в психиатрическом стационаре. Заключение должно быть мотивированным и надлежащим образом оформленным. В нём указываются:

- диагноз психического расстройства;
- тяжесть психического расстройства;
- критерии определения психического расстройства;
- описание общего состояния лица;
- описание поведения лица;
- иные материалы, с учётом которых принято решение о помещении лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке;

с учётом положений п. 2 ч. 2 ст. 125 КАС РФ таким представителем должен выступать юрист. Это же правило подкреплено ч. 1 ст. 55 КАС РФ, согласно которой представителем в суде может быть лицо с высшим юридическим образованием. Юрист помимо документов об образовании должен представить суду документ, удостоверяющий его статус, а также доверенность от имени организации, подписанную её руководителем или иным уполномоченным на это её учредительными документами лицом и скреплённую печатью организации, с указанием полномочий представителя (ч. 3 ст. 55, ч. 6 ст. 57 КАС РФ).

³ Пункты 1 и 2 ч. 4 ст. 275 КАС РФ вступают между собой в некоторое противоречие в отношении формы комиссионного заключения. Если согласно п. 1 заключение должно отражать необходимость пребывания лица в медорганизации, то в соответствии с п. 2 заключение должно касаться помещения лица в медорганизацию. Первый вариант соответствует ч. 2 ст. 33 Закона о психиатрической помощи и представляется более правильным, поскольку лицо к моменту составления заключения уже находится (помещено) в стационаре. Кроме того Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ термин “помещение” был изъят из законодательного оборота и заменён понятием “госпитализация”. Изменения терминологии коснулись всех норм, вплоть до ст. 128 УК РФ о незаконной госпитализации в психиатрический стационар.

2) документы:

• на основании которых составлено заключение комиссии,

• свидетельствующие об отказе лица от госпитализации в добровольном порядке;

3) мотивированное и надлежащим образом оформленное заключение комиссии врачей-психиатров о том, позволяет ли лицу его психическое состояние лично участвовать в судебном заседании, в т.ч. в помещении суда;

4) документы, предусмотренные п. 1 ч. 1 ст. 126 КАС РФ. А именно: уведомления о вручении или иные документы, подтверждающие вручение другим лицам, участвующим в деле, копий заявления и приложенных к нему документов, которые у них отсутствуют. Заявление и документы могут быть направлены заказным письмом⁴ с уведомлением о вручении или иным способом, позволяющим суду убедиться в получении адресатом копий заявления и документов (ч. 7 ст. 125 КАС РФ). В случае, если другим лицам, участвующим в деле, копии заявления и приложенных к нему документов не были направлены, в суд представляются их копии, а при необходимости также копии для прокурора.

Заключение комиссии о необходимости пребывания лица в психиатрическом стационаре, судя по предъявляемым к нему требованиям, призвано стать более ёмким и доказательным. Помимо диагноза, описания состояния лица, заключение должно содержать критерии, по которым было установлено психическое расстройство, изложение конкретных фактов об имевших место высказываниях, действиях, других особенностях поведения лица, страдающего психическим расстройством, на основании которых принято решение о необходимости госпитализации в недобровольном порядке.

Очевидным пробелом ст. 275 КАС РФ является отсутствие в ней указания на то, что из описания психического расстройства должно также вполне определённо следовать, что:

1) “обследование или лечение пациента возможны только в стационарных условиях” (см. абзац первый ст. 29 Закона о психиатрической помощи), т.е. они невозможны в амбулаторных и иных нестационарных условиях;

2) психическое расстройство соответствует одному (нескольким) из трёх критериев, приведённых в ст. 29 Закона о психиатрической помощи. Заключение

⁴ Положения ч. 7 ст. 125 КАС РФ о направлении документов, в т.ч. административным ответчикам, заказным письмом не могут считаться универсальными для всех категорий дел, рассматриваемых в порядке КАС РФ. По понятным причинам эти положения не применимы для случаев вручения администрацией психиатрического стационара поданных ею в суд документов своему недобровольно госпитализированному пациенту (административному ответчику).

ние не является доказательным, если в нём не даётся обоснование опасности лица, её проявлений, направленности, а также непосредственного характера такой опасности в тех случаях, когда, например, пациент госпитализирован по основанию п. “а” ст. 29 Закона, или его беспомощности применительно к п. “б” ст. 29 Закона. Именно из заключения комиссии должно ясно следовать, что пациент по своему состоянию подпадает под действие п. “а”, “б” или “в” ст. 29 Закона. Применение конкретного пункта должно быть врачами обосновано. Одной только ссылки на тот или иной пункт ст. 29 Закона (или ссылки на ст. 29 без указания конкретного пункта) притом не в заключении, а лишь в заявлении больницы недостаточно. Уязвимость заключения комиссии в этой части может послужить поводом для оспаривания мотивированности заключения в целом.

В пакет представляемых в суд документов ч. 4 ст. 275 КАС РФ включает **документы, свидетельствующие об отказе лица от госпитализации в добровольном порядке**. Требование получать у пациента согласие на госпитализацию притом, что по своему психическому состоянию он может быть госпитализирован в недобровольном порядке, Законом о психиатрической помощи прямо не сформулировано. При наличии критериев, указанных в ст. 29 Закона, согласие лица на госпитализацию не требуется. Необходимость выяснять желание такого пациента пребывать в психиатрическом стационаре вытекает из общих положений данного Закона. На практике врачи определяли для себя наличие такой необходимости в зависимости от обстоятельств. Теперь во исполнение требований процессуального закона врачам-психиатрам надлежит спрашивать согласие на госпитализацию у каждого лица, подлежащего недобровольной госпитализации, и при получении отказа фиксировать его в документах.

Предусмотрев данный вид документа в качестве обязательного для представления в суд, законодатель не учёл, однако, частые случаи, при которых получить такой отказ (как и согласие) у пациента не представляется возможным в силу его неспособности к волеизъявлению. Некоторые психиатрические учреждения, которые в таких случаях всё же добиваются по сути нелегитимной подписи больного под “добровольным информированным согласием” на госпитализацию, часто делают это для того, чтобы воздержаться от трудоёмкой процедуры оформления госпитализации через суд. Представляется, что при возникновении такого случая психиатрическому учреждению следует представить в суд документ, свидетельствующий не об отказе лица от госпитализации, а о неспособности лица выразить свою волю, своё отношение к госпитализации.

Следующий представляемый в суд документ согласно п. 3 ч. 4 ст. 275 КАС РФ — это **заключение комиссии врачей-психиатров о том, позволяет ли лицу его психическое состояние лично участво-**

вать в судебном заседании, в т.ч. в помещении суда. Этот документ должен заменить собой неясные по форме изложения и сроку представления и, как правило, бездоказательные “сведения”, исходившие от представителя стационара о том, что психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении дела в помещении суда (ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи). Теперь согласно новому Кодексу позиция врачей должна быть:

- а) изложена в виде отдельного заключения;
- б) подана в суд вместе с заявлением о недобровольной госпитализации.

Мы считаем разумной позицию законодателя в отношении формы представления сведений (в виде заключения), поскольку сведения о невозможности лица участвовать в судебном заседании в помещении суда должны содержать обоснование, которому суд обязан дать оценку ещё на стадии подготовки дела, время которой включается в 5-дневный срок рассмотрения дела.

Однако подача такого заключения одновременно с заявлением за несколько дней до рассмотрения дела, т.е. без учёта возможности изменения состояния пациента, не обеспечивает требование ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи в отношении гарантий предоставления пациенту права лично участвовать в судебном заседании. Такое заключение должно быть основано на освидетельствовании пациента не в первые часы его пребывания в стационаре, а в день или накануне слушания дела. По нашему мнению, медицинская организация вправе (и обязана) при изменении состояния пациента за период времени до дня судебного заседания представить в суд новое заключение о возможности пациента лично участвовать в судебном заседании (в помещении суда или стационара).

Помимо установления формы представления таких сведений (в виде заключения) КАС РФ обязал врачебные комиссии отвечать на вопрос о возможности пациента участвовать в судебном заседании не только в помещении суда, как это требовалось ранее, но и в помещении стационара. При этом Федеральный закон от 8 марта 2015 г. № 23-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с введением в действие Кодекса административного судопроизводства Российской Федерации” (далее — Закон № 23-ФЗ) по непонятной причине оставил ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи в прежней редакции. В результате образовался конфликт норм, суть которого в том, что КАС РФ, в отличие от Закона о психиатрической помощи, сохраняющего после 15 сентября 2015 г. свою редакцию, *допускает лишение пациента права лично участвовать в судебном заседании даже в помещении больницы*. Проблема, прежде всего, состоит даже не в коллизии норм, а в *неприемлемости данного нововведения в принципе*.

Согласно положениям ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи *лицу должно быть предоставле-*

но право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя медицинской организации, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в медицинской организации.

По новому правилу медицинская организация обязана обеспечить участие госпитализированного лица в судебном заседании (в помещении суда или в помещении медицинской организации) в случае, если такая обязанность возложена на неё судом (ч. 4 ст. 34 Закона)⁵.

Принципиально иной, по сравнению с Законом о психиатрической помощи, подход в вопросе о личном участии пациента в судебном заседании и соответственно в вопросе о месте рассмотрения дела заложен в КАС РФ:

- гражданин имеет право лично участвовать в судебном заседании и излагать свою позицию по делу о его недобровольной госпитализации, если психическое состояние гражданина позволяет ему адекватно воспринимать всё происходящее в судебном заседании и его присутствие в судебном заседании не создаёт опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих (ч. 4 ст. 277 КАС РФ);

- судебное заседание может проводиться в помещении суда или в помещении стационара. Судебное заседание проводится в помещении стационара в случае, если суд установит, что психическое состояние гражданина позволяет ему лично участвовать в судебном заседании, но его присутствие в помещении суда является невозможным. В иных случаях судебное заседание проводится в помещении суда (ч. 7 ст. 277 КАС РФ);

- мотивированное и надлежащим образом оформленное заключение комиссии врачей-психиатров о том, позволяет ли гражданину его психическое состояние лично участвовать в судебном заседании, в т.ч. в помещении суда, должно быть приложено к заявлению о недобровольной госпитализации гражданина (п. 3 ч. 4 ст. 275 КАС РФ);

- в случае возможности для лица участвовать в судебном заседании в помещении суда на медицинскую организацию при подаче ею заявления суд возлагает обязанность обеспечить участие этого гражданина в судебном заседании (ч. 3 ст. 276 КАС РФ).

Главные отличия в регулировании данного вопроса в Законе о психиатрической помощи и КАС РФ состоят в следующем:

– согласно Закону о психиатрической помощи дело рассматривается в стационаре вне зависимости

от того, может ли пациент лично в нём участвовать, а согласно КАС РФ — только когда пациент может в нём участвовать;

– согласно Закону пациент не может быть со ссылкой на его психическое состояние лишён права лично участвовать в рассмотрении дела. По КАС РФ пациента могут такого права лишить, причём не просто по врачебному заключению, а по врачебному заключению той же медорганизации, которой предстоит обосновать перед судом правомерность недобровольной госпитализации такого пациента.

Законодатель, как мы уже говорили, не посчитал нужным устранить образовавшуюся коллизию норм. Более того, даже то единственное дополнение, которое внёс Закон № 23-ФЗ в ст. 34 Закона о психиатрической помощи, расходится с аналогичной нормой, содержащейся в ч. 3 ст. 276 КАС РФ. По правилам ч. 4 ст. 34 Закона о психиатрической помощи суд возлагает на медорганизацию обеспечение участия пациента в судебном заседании не только в помещении суда, но и в помещении стационара. Часть 3 ст. 276 КАС РФ такую важную обязанность медорганизации, как обеспечение участия пациента в судебном заседании, проходящем в стационаре, не предусматривает. Это приведёт к тому, что суды, ориентируясь, когда на нормы КАС РФ, а когда на положения Закона о психиатрической помощи, будут то возлагать, то не возлагать на медорганизации такую обязанность даже в тех немногочисленных случаях, когда сама медорганизация даст заключение о возможности пациента участвовать в судебном заседании, проходящем в стационаре. Всё это негативным образом скажется на правах пациента, повлечёт дополнительные риски для медорганизаций. Органам здравоохранения на местах при участии адвокатуры и судебных органов следует разработать алгоритм действий по обеспечению участия пациента в судебном заседании в помещении, как суда, так и больницы.

Остановимся более подробно на новеллах КАС РФ и сути возникших противоречий в отношении **личного участия пациента в судебном заседании**.

1. Закон о психиатрической помощи (как и ныне утрачивающая силу глава 35 ГПК РФ), в отличие от КАС РФ, не позволяет рассматривать дело о недобровольной госпитализации заочно, если только сам пациент не выступит с заявлением о рассмотрении дела в его отсутствие. Стороны — пациент и представитель стационара — пользуются равными правами, при том, что участие последнего в слушании дела обязательно. Личное участие пациента в деле согласно Закону о психиатрической помощи не зависит от состояния его здоровья и по-прежнему обеспечено возможностью проведения *выездного заседания суда* непосредственно в лечебном учреждении. Это необходимо для обеспечения реализации пациентом своего права дать пояснения по делу, заявить ходатайства и пр. Но не только. Важно, чтобы прокурор,

⁵ Часть четвёртая введена Федеральным законом от 8 марта 2015 г. № 23-ФЗ.

судья имели возможность дать им надлежащую оценку, либо возможность лично удостовериться в тяжести психического состояния пациента, не позволяющей ему лично участвовать в процессе и соответственно возможность на месте достаточно полно проверить обоснованность недобровольной госпитализации.

Разумеется, на практике возникал вопрос, как должно обеспечиваться в проходящем в стационаре судебном заседании участие пациента, находящегося в тот момент под медикаментозным воздействием или к которому применены меры физического стеснения, в силу чего он лишён возможности передвигаться и (или) осознавать происходящее. До принятия КАС РФ этот вопрос решался по-разному, исходя из установок судьи и медперсонала.

КАС РФ предусмотрел радикальное решение данной проблемы. Необходимость рассмотрения дела в психиатрическом стационаре теперь возникает только в тех случаях, когда лицо по своему психическому состоянию не может быть доставлено в помещение суда, но при этом:

1) его психическое состояние позволяет ему не просто давать пояснения по вопросу его госпитализации, а “адекватно воспринимать всё происходящее в судебном заседании” и

2) его присутствие в судебном заседании не создаёт опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих.

Нововведение, узаконивающее заочное рассмотрение дела, по нашему мнению, *нарушает право гражданина на доступ к правосудию*.

2. Обязанность по определению возможности лица участвовать в судебном заседании не только в здании суда, но и в помещении стационара КАС РФ возложил на ту же медицинскую организацию (её врачебную комиссию), которая и поместила его в стационар против его воли и чьё заявление предстоит опаривать пациенту в суде.

Мы не считаем обоснованным возложение на врачей миссии предопределять решение вопроса о возможности их пациента предстать перед судом. В такой ситуации объективность врачей, подавших заключение в суд о невозможности пациента лично участвовать в рассмотрении дела, в т.ч. в помещении суда, может быть в принципе поставлена под сомнение. Медицинская организация по понятным причинам не заинтересована в состязательном судебном процессе и в необходимости доставки пациента в суд.

Возможность участия (адекватного восприятия всего (!) происходящего в судебном заседании) пациента в процессе должна устанавливаться не врачами, а судом по принципу “здесь и сейчас”. Судья, прокурор, другие участники процесса вправе задавать лицу вопросы с целью определения его психического состояния и нуждемости в стационарном лечении без его согласия. Во многих изученных нами судебных решениях воспроизводятся объяснения пациента, его ответы на вопросы суда.⁶ И, несмотря на то, что в не-

которых из них можно встретить запись: “заинтересованное лицо в судебном заседании контакту не доступно”,⁷ такие решения вызывают большее доверие, чем те, из которых явствует, что они принимались заочно.

Хотя, как вроде бы следует из ч. 7 ст. 277 КАС РФ, факт того, что психическое состояние лица позволяет ему лично участвовать в судебном заседании в помещении стационара, и в то же время не позволяет присутствовать в помещении суда, *устанавливает суд*, остаётся не ясным, каким образом (кроме как с помощью заранее представленного заключения врачей) суд должен устанавливать этот факт. Кроме того эта норма не требует установления судом факта невозможности участия в судебном заседании. Такая непроработанность закона может привести к нарушению процессуальных прав лица, подаче судебного иска к больнице.

3. КАС РФ (ч. 4 ст. 277) восполнил пробел в отношении *критериев*, из которых следует исходить при определении возможности лица участвовать в судебном заседании. Эти критерии — способность лица “адекватно воспринимать всё происходящее в судебном заседании” и “неопасность его присутствия в судебном заседании для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих”. При этом ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи в соответствии с ч. 4 ст. 277 КАС РФ не приведена.

Оценивая установленные КАС РФ критерии, необходимо отметить, что недопущение пациентов к участию в деле по причине их опасности лишает фактически всех пациентов, госпитализированных по п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, права лично отстаивать свои интересы в суде, поскольку такие пациенты автоматически подпадают под категорию “опасных” в силу основания для недобровольной госпитализации, предусмотренного данной нормой (“непосредственная опасность для себя или окружающих”). Кроме того сама постановка вопроса о недопущении заинтересованного лица (ответчика) по гражданскому (административному) делу к участию в его рассмотрении по указанному основанию не вполне корректна. Следует заметить, что в отличие от норм ГПК и КАС РФ, нормы УПК РФ не исключают участие в судебном заседании подсудимых, совершивших особо тяжкие преступления против личности и представляющих реальную опасность для окружающих. Для предупреждения общественно опасных действий таких лиц в судебном заседании существуют соответствующие меры безопасности.

Весьма проблематичным с учётом новых правил КАС РФ может оказаться участие в судебном заседа-

⁶ См., например, решение Заводского районного суда г. Новокузнецка по делу № 2-1736/2011.

⁷ См., например, решение Нижегородского районного суда г. Нижнего Новгорода по делу № 2-6589/2011.

нии и пациентов, госпитализированных по п. “б” и “в” ст. 29 Закона. Полностью соответствовать формулировке ч. 4 ст. 277 КАС РФ, т.е. “адекватно воспринимать всё происходящее в судебном заседании” у пациентов, нуждающихся по своему психическому состоянию фактически в экстренной госпитализации и которым уже проводится активное лечение, в т.ч. нейролептиками, вряд ли получится. Такие пациенты, часто не способные к волеизъявлению, к выражению своего отношения к госпитализации, будут оценены врачами и как неспособные “адекватно воспринимать всё происходящее в судебном заседании”.

Как следует из положений КАС РФ, врачи не вправе обосновывать невозможность участия пациента в судебном заседании в помещении суда какими-либо причинами, не связанными с психическим состоянием пациента, например, отсутствием у больницы транспортных средств или “нецелесообразностью” (по мнению комиссии врачей) участия пациента в судебном заседании.

Способы разрешения коллизий. При разрешении возникших коллизий между Законом о психиатрической помощи и КАС РФ, в т.ч. в отношении права пациента лично участвовать в судебном заседании, следует руководствоваться позицией Конституционного Суда РФ, сформулированной им в Определении от 8 ноября 2005 г. № 439-О: “Разрешение в процессе правоприменения коллизий между различными правовыми актами должно осуществляться исходя из того, какой из этих актов предусматривает больший объём прав и свобод граждан и устанавливает более широкие их гарантии”.

КАС РФ не содержит правила, подобного тому, которое записано в ч. 3 ст. 3 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, и требующего при возникновении коллизий применять исключительно нормы данного закона. Согласно ч. 1 ст. 15 КАС РФ суды разрешают дела на основании, в т.ч. федеральных законов, к которым относится и Закон о психиатрической помощи. Как следует из ч. 2 ст. 15 КАС РФ, при несоответствии подлежащего применению нормативного правового акта иному нормативному правовому акту, имеющему большую юридическую силу, суд принимает решение в соответствии с нормативным правовым актом, имеющим большую юридическую силу. Как известно из теории права, кодекс (кодифицированное законодательство) не имеет большей юридической силы по сравнению с другими федеральными законами. Более того, предпочтение отдаётся, как правило, специальным законам. В данном случае специальным законом по отношению к КАС РФ служит Закон о психиатрической помощи.

Процессуальные сроки. Согласно ч. 3 ст. 93 КАС РФ процессуальный срок, определяемый часами, оканчивается по истечении последнего часа установленного процессуального срока. О правилах учёта нерабочего времени в норме не говорится, из чего

можно сделать вывод, что наступление нерабочего времени не влияет на сроки, исчисляемые часами. Хотя в этом отношении более определённой представляется норма, предусмотренная ч. 1 ст. 128 УПК РФ, согласно которой при исчислении сроков нахождения в медорганизации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в них включается и нерабочее время. Из правила ч. 3 ст. 93 КАС РФ можно заключить, что, если врач приёмного покоя после осмотра доставленного в стационар гражданина принял решение о его помещении в отделение в 10.30 в среду, то после комиссионного освидетельствования пациента представитель стационара должен совершить процессуальное действие в виде подачи заявления в суд не позднее 10.30 пятницы.

Статья 93 КАС РФ, впрочем, содержит и другое правило. В случае если процессуальное действие должно быть совершено непосредственно в суде, процессуальный срок истекает в тот час, когда в этом суде по установленным правилам заканчивается рабочий день (ч. 5). Поскольку процессуальное действие в виде подачи заявления представителем медорганизации должно совершаться именно в суде, то может возникнуть предположение, что представитель больницы не нарушит 48-часовой срок, если прибудет в суд не к 10.30, а к концу рабочего дня, например, в 17.30.

Представляется, что применительно к порядку недобровольной госпитализации возникшая конкуренция норм должна разрешиться в пользу положений ч. 3 ст. 93 КАС РФ.

Порядок рассмотрения дел о недобровольной госпитализации (ст. 275 – 279 КАС РФ) также претерпел существенные изменения.

Теперь при поступлении административного искового заявления судья должен *немедленно* вынести определение о принятии его к производству и о продлении пребывания лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления (ч. 3 ст. 276 КАС РФ). Исключение составляют случаи неподсудности требований данному суду и возвращения административного искового заявления (п. 2 ч. 1 ст. 129 КАС РФ).

В случае нарушения психиатрическим стационаром срока подачи заявления судья не вправе отказать в принятии заявления и вернуть его, однако это обстоятельство может служить основанием для вынесения судом частного определения в связи с выявлением нарушения законности (ст. 200 КАС РФ).

По общему правилу ст. 201 КАС РФ копии определения суда направляются лицам, участвующим в деле, а при необходимости и иным лицам не позднее следующего рабочего дня после дня вынесения определения, или вручаются указанным лицам под расписку.

Представляется, что определение суда, которым суд продлевает пребывание пациента в стационаре против его воли должно направляться участвующим в

деле лицам (медорганизации и пациенту) без “поправок” на рабочие дни. Данное определение суда, именуемое Законом о психиатрической помощи санкцией на пребывание пациента в стационаре, следовало бы выдавать в день обращения медорганизации в суд. Во-первых, такое определение, как не подлежащее обжалованию отдельно от обжалования решения суда, вступает в законную силу с момента принятия (ч. 1 ст. 203 КАС РФ), а во-вторых, даже окончательное мотивированное решение суда согласно ч. 4 ст. 279 КАС РФ изготавливается в день принятия решения.

После принятия заявления суд вправе истребовать документы и материалы, необходимые для обеспечения правильного и своевременного рассмотрения и разрешения дела.

По правилам ч. 1 ст. 277 КАС РФ дело подлежит рассмотрению в течение 5 дней со дня принятия заявления к производству суда. Дело может быть рассмотрено в закрытом судебном заседании (ст. 11 КАС РФ). О времени и месте рассмотрения дела извещаются лицо, в отношении которого подано заявление, его представитель, представитель стационара, прокурор (ч. 3 ст. 277 КАС РФ).

В случае отказа лечебного учреждения от заявленных требований (например, в связи с выпиской пациента на день рассмотрения дела) суд вправе принять отказ и прекратить производство по делу (п. 3 ч. 1 ст. 194 КАС РФ).

Дело рассматривается с участием прокурора, представителей медорганизации и госпитализированного лица. При необходимости суд может вызвать в судебное заседание иных лиц. Неявка в судебное заседание надлежащим образом извещённого прокурора не является препятствием для рассмотрения дела (ч. 5 ст. 277 КАС РФ). Эта норма находится в явном противоречии с положениями ч. 3 ст. 34 Закона о психиатрической помощи, согласно которой *участие прокурора в рассмотрении дела обязательно*.

Представителями в суде по административным делам могут быть лица, обладающие полной дееспособностью и имеющие высшее юридическое образование (ч. 1 ст. 55 КАС РФ). Это требование, которое отсутствовало в ГПК РФ, по всей видимости, относится равным образом к представителям и медорганизации и госпитализированного лица. Представители должны представить суду документы о своём образовании, а также документы, удостоверяющие их статус и полномочия. Полномочия на ведение дела в суде должны быть выражены в доверенности. Полномочия представителя также могут быть выражены в заявлении представляемого лица, сделанном в судебном заседании в устной форме, на что указывается в протоколе судебного заседания, или в письменной форме (ч. 5 ст. 57 КАС РФ). Данное правило позволяет пациенту и избранному им представителю не тратить время на оформление доверенности.

Доверенность от имени медорганизации должна быть подписана её руководителем или иным уполномоченным на это её учредительными документами лицом и скреплена печатью организации. Доверенности, выданные гражданами на ведение административного дела, удостоверяются нотариально или должностным лицом организации, в которой доверитель учится, работает или проходит службу, а также ТСЖ, жилищным, иным потребительским кооперативом, управляющей организацией по месту жительства доверителя, *администрацией стационарного лечебного учреждения*, в котором доверитель находится на излечении.

Важным нововведением является норма, согласно которой при отсутствии у гражданина, в отношении которого решается вопрос о госпитализации в недобровольном порядке, представителя суд назначает ему **адвоката** в качестве представителя (ч. 4 ст. 54, ч. 6 ст. 277 КАС РФ).

Правосудие по делам данной категории, как и по всем другим делам, осуществляется на основе принципа *состязательности и равноправия сторон* (ст. 14 КАС РФ). В силу названного принципа и правил доказывания в административном судопроизводстве (ст. 62 КАС РФ) психиатрическое учреждение *обязано доказать* наличие обстоятельств, которые являются основанием для недобровольной госпитализации лица (ч. 2 ст. 278 КАС РФ). При необходимости суд может истребовать доказательства и по своей инициативе (ч. 3 ст. 278 КАС РФ). Заключение комиссии врачей-психиатров как одно из доказательств подлежит проверке по общим правилам исследования и оценки доказательств. Госпитализированное лицо и его представитель вправе оспаривать достоверность заключения любыми предусмотренными для этого КАС РФ средствами, в т.ч. путём постановки вопроса о назначении СПЭ (ст. 77 КАС РФ).

Впервые в законодательство, регулирующее рассмотрение дел данной категории, введена норма, предусматривающая **обстоятельства, которые необходимо выяснить суду** при рассмотрении дела (ч. 1 ст. 278 КАС РФ). Таковых четыре:

- 1) имеется ли у лица тяжёлое психическое расстройство;
- 2) влечёт ли тяжёлое психическое расстройство последствия в виде непосредственной опасности для лица или для окружающих, беспомощности лица и (или) возможности причинения существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;
- 3) являются ли обследование и лечение лица возможными лишь в условиях медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях;
- 4) наличие факта отказа или уклонения лица от госпитализации в психиатрический стационар в доб-

ровольном порядке либо от продления такой госпитализации.

Судебное решение. Рассмотрев дело по существу, суд принимает решение об удовлетворении административного иска, если установит наличие оснований для госпитализации лица в недобровольном порядке. При необоснованности требований суд отказывает в удовлетворении иска (ст. 279 КАС РФ). Содержание решения суда должно соответствовать требованиям, предусмотренным ст. 180 КАС РФ. Согласно п. 4 ч. 4 и п. 2 ч. 6 ст. 180 КАС РФ в его мотивировочной части могут содержаться ссылки на постановления Европейского Суда, решения Конституционного Суда РФ. Резолютивная часть должна содержать также выводы суда по вопросам, разрешённым судом исходя из обстоятельств дела, в т.ч. *указание на порядок и срок исполнения решения суда, на немедленное исполнение решения суда, если оно обращено судом к немедленному исполнению.* Последнее правило имеет огромное значение для тех случаев, когда суд отказывает в удовлетворении заявления больницы, и пациент получает возможность немедленно её покинуть.

В соответствии со ст. 188 КАС РФ решения суда подлежат немедленному исполнению в случаях, прямо предусмотренных Кодексом, а также в случае обращения судом принятого им решения к немедленному исполнению. Суд по просьбе административного истца может *обратить решение к немедленному исполнению*, если вследствие особых обстоятельств замедление исполнения этого решения может нанести значительный ущерб публичным или частным интересам. Вопрос о немедленном исполнении решения суда может быть рассмотрен одновременно с его принятием.

Из приведённых норм можно сделать вывод, что в своём решении об отказе в удовлетворении заявления психиатрического стационара о недобровольной госпитализации лица **суд вправе либо указать предельный срок его исполнения либо указать на немедленное его исполнение.**

Явной недоработкой законодателя является то обстоятельство, что обращение решения суда к немедленному исполнению согласно ст. 188 КАС РФ осуществляется по просьбе административного истца, т.е. больницы. Административный ответчик (пациент) правом обращения с такой просьбой не наделён. Данный пробел в Кодексе должен быть устранён. Пока же пациент, его представитель вправе просить суд указать предельный срок исполнения “отказного” решения, например, 3 часа. Хотя не исключается, на наш взгляд, и подача пациентом ходатайства об обращении его к немедленному исполнению. Ограничение свободы лица, вызванное затягиванием исполнения медорганизацией “отказного” решения суда, вполне подпадает под понятие “значительный ущерб частным интересам” в контексте ст. 188 КАС РФ. Пребывание гражданина в изоляции в условиях пси-

хиатрического стационара, угроза нарушения его конституционных прав и свобод применительно к той же ст. 188 КАС РФ можно отнести к “особым обстоятельствам”. Необходимо в этой связи дополнить ст. 279 КАС РФ частью 6 в отношении правовых последствий принятия судом решения об отказе в удовлетворении заявления психиатрического стационара о недобровольной госпитализации лица.

Другие важнейшие новеллы сформулированы в ч. 4 и 5 ст. 279 КАС РФ:

- мотивированное решение суда *должно быть изготовлено в день принятия решения* (ч. 4),
- *копии решения суда вручаются под расписку лицам, участвующим в деле, и их представителям* или направляются им незамедлительно после изготовления решения способами, позволяющими обеспечить скорейшую доставку (ч. 5).

КАС РФ внёс, наконец, упорядоченность в регулирование **порядка продления срока недобровольной госпитализации**, превышающего 6 месяцев. Процедура подачи документов в суд, рассмотрения дел о недобровольной госпитализации и о продлении её сроков теперь едина. Все рассмотренные нами новеллы Кодекса равным образом распространяются и на порядок продления госпитализации. В отношении сроков подачи документов в ч. 2 ст. 276 КАС РФ указано, что административное исковое заявление о продлении срока госпитализации гражданина в недобровольном порядке, подаётся в суд *не позднее чем через 48 часов* после наступления обстоятельств, свидетельствующих о необходимости продления срока госпитализации.

Это означает, в частности, что течение 6-месячного срока начинается именно *с момента* госпитализации пациента, а не со дня его госпитализации или дня дачи судом санкции на его пребывание в стационаре или дня вынесения решения об удовлетворении административного иска о недобровольной госпитализации.

Закон № 23-ФЗ по непонятным причинам оставил без внимания ст. 36 Закон о психиатрической помощи, и не привёл её в полное соответствие с нормами КАС РФ. Возникшее несоответствие в законодательстве подлежит устранению.

Обжалование судебного решения. КАС РФ устранил имевшееся противоречие между ч. 3 ст. 35 Закона о психиатрической помощи и положениями ГПК РФ, которые устанавливали соответственно 10-дневный и 30-дневный срок подачи апелляционной жалобы (представления) на принятое судом решение по делу о недобровольной госпитализации. КАС РФ (ч. 6 ст. 298) “принял сторону” Закона о психиатрической помощи.

По истечении 10-дневного срока обжалования суд первой инстанции направляет дело с жалобой, представлением и поступившими возражениями относительно них в суд апелляционной инстанции, который

рассматривает жалобу, представление в течение 1 месяца со дня их поступления (ч. 10 ст. 305 КАС РФ).

Суд апелляционной инстанции рассматривает дело в полном объёме и не связан основаниями и доводами, изложенными в апелляционных жалобе, представлении и возражениях относительно жалобы, представления. Суд оценивает имеющиеся в деле, а также дополнительно представленные доказательства. *Новые доказательства могут быть приняты только в случае, если они не могли быть представлены в суд первой инстанции по уважительной причине.*

По результатам рассмотрения жалобы, представления суд принимает апелляционное определение, которое вступает в законную силу со дня его принятия.

Право апелляционного обжалования принадлежит:

- 1) госпитализированному лицу;
- 2) его представителю;
- 3) руководителю психиатрического учреждения;
- 4) организации, которой законом либо её уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан.

Срок подачи апелляционной жалобы, пропущенный по уважительным причинам лицом, обратившимся с такой жалобой, в т.ч. в связи с отсутствием у него сведений об обжалуемом судебном решении, по заявлению указанного лица может быть восстановлен судом первой инстанции.

По результатам рассмотрения жалобы, представления суд апелляционной инстанции вправе:

- 1) оставить решение суда первой инстанции без изменения, апелляционную жалобу, представление без удовлетворения;
- 2) отменить или изменить решение суда первой инстанции полностью или в части и принять по делу новое решение;

3) отменить решение суда и направить дело на новое рассмотрение в суд первой инстанции, в частности в случае, *если дело рассмотрено в отсутствие кого-либо из лиц, участвующих в деле и не извещённых надлежащим образом о времени и месте судебного заседания;*

4) отменить решение суда первой инстанции полностью или в части и прекратить производство по делу либо оставить заявление без рассмотрения полностью или в части по основаниям, указанным в ст. 194 и 196 КАС РФ;

5) оставить жалобу, представление без рассмотрения по существу, если они поданы лицом, не имеющим права на обращение в суд апелляционной инстанции; если не выполнены указания судьи, содержащиеся в определении об оставлении жалобы, представления без движения; если истёк срок на обжалование и в жалобе отсутствует просьба о восстановлении этого срока или в его восстановлении отказано.

По результатам рассмотрения жалобы, представления суд принимает апелляционное определение, которое вступает в законную силу со дня его принятия.

Решение суда может быть обжаловано в суд *кассационной инстанции* в течение 6 месяцев со дня его вступления в законную силу при условии, что были исчерпаны иные способы его обжалования до дня вступления его в законную силу. Вступившее в законную силу судебное решение может быть пересмотрено *в порядке надзора* Президиумом Верховного Суда РФ по жалобам лиц, участвующих в деле, и других лиц, если их права, свободы и законные интересы нарушены этими судебными решениями.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ И ОПЕКА (Вопросы и ответы). — М., 2013. — 224 с.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА (Вопросы и ответы). — М., 2014. — 288 с.

ПРАВА ГРАЖДАН ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (Вопросы и ответы). — М., 2014. — 640 с.

ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (Вопросы и ответы). Изд. 4-е, перераб. и доп. — М., 2015. — 768 с.

Заказать книги можно по электронной почте: info@npar.ru
или по адресу: 119602 Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61,
Аргуновой Юлии Николаевне

Анализ законодательства в вопросах допуска к управлению транспортным средством и владению оружием лиц с расстройством поведения, вызванного употреблением психоактивных веществ

Валерий Саетгареев¹ (Новый Уренгой)

В статье отражаются проблемы, связанные с допуском к управлению транспортным средством и владению оружием, с учетом постановлений Правительства от 29.12.2014 г. № 1604 и от 19.02.2015 г. № 143, лиц, наблюдающихся и ранее снятых с диспансерного наблюдения по причине, не связанной со стойкой ремиссией (выздоровлением).

Ключевые слова: допуск к управлению транспортным средством, допуск к владению оружием, употребление ПАВ.

Проблема, связанная с допуском к управлению транспортным средством и владению оружием, лиц с расстройством поведения, вызванного употреблением психоактивными веществами, для врачей психиатров-наркологов, является одной из основных, юридически значимых. Не секрет, что лица, наблюдающиеся у врача психиатра-нарколога в диспансерной группе, как правило, не имеют какого-либо образования, неоднократно судимы, имеют сложности с трудоустройством и ряд других социальных ограничений. В практике работы ГБУЗ ЯНАО «Новоуренгойский ПНД» регулярно случаи обращения лиц, состоящих на диспансерном учете и ранее снятых с диспансерного наблюдения в связи с осуждением на срок более 1 года, а также в связи с отсутствием сведений более 1 года и с выездом в другой регион на постоянное место жительства. Зачастую наркологические пациенты, не имея возможности трудоустройства по специальности, видят основным источником дохода работу по частному извозу в такси и иную предпринимательскую деятельность, связанную с непосредственным управлением транспортным средством. С развитием частной охранной деятельности многие ищут возможность работы охранником, с ношением специальных средств защиты.

Действующий приказ МЗ СССР от 12.09.1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» утверждает инструкцию о порядке диспансерного наблюдения, согласно которой *диспансерному учету и динамическому наблюдению в амбулаторных наркологических учреждениях (подразделениях) подлежат все лица, которым установлены диагнозы: хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания... окончательное решение вопроса о необходимости диспансерного учета (профилактического наблюдения) в данных случаях принимается участковым врачом психиатром-наркологом по месту жительства*

больного (лица группы риска) по получении соответствующих материалов и при необходимости после дополнительного обследования. Таким образом, инструкция оговаривает контингент лиц, требующих диспансерного наблюдения, однако решение вопроса о необходимости диспансерного наблюдения вступает в противоречие с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — ФЗ № 323), согласно которому диспансерное наблюдение, как вид медицинской помощи, является добровольным и требует письменного согласия пациента. А. Г. Устинов в своей статье проводит анализ данных норм и указывает на допущенный юридико-технический дефект ст. 20 ФЗ № 323 (Независимый психиатрический журнал, 2012, 4). Так, согласно ч. 1 ст. 26 Закона РФ от 02 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», диспансерное наблюдение есть вид *медицинской помощи*. В соответствии с п. 3 ст. 2 ФЗ № 323, медицинская помощь представляет собой *комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг*. Сама же медицинская услуга, как следует из п. 4 ст. 2 ФЗ № 323, есть не что иное, как *медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение*. Таким образом, анализ вышеуказанных правовых норм дает основание считать диспансерное наблюдение видом медицинского вмешательства, которое проводится при условии получения от лица, как объекта медицинского вмешательства, его информированного добровольного согласия.

Мнение специалистов о том, что пациент, прошедший курс стационарного лечения от зависимости и давший на такое лечение согласие, дал согласие и на диспансерное наблюдение, является несостоятель-

¹ Врач психиатр-нарколог, Ново-Уренгойский ПНД.

ным. Лечение и диспансерное наблюдение являются разными видами медицинских вмешательств и соответственно требуют оформления отдельного согласия. Более того, отказ от диспансерного наблюдения не может быть причиной отказа от лечения в стационарном отделении. Яркий пример описан в справке Кемеровского областного суда от 8 августа 2006 г. № 01-11/19-429.

Далее приказ № 704 устанавливает сроки и условия диспансерного учета: *За время диспансерного учета больные должны получить квалифицированную медицинскую помощь, обеспечивающую состояние длительной ремиссии. В случае выполнения больным всех назначений лечащего врача, соблюдения сроков явок в наркологические учреждения (подразделения) и наступления после лечения стойкой, объективно подтвержденной ремиссии, устанавливаются следующие сроки диспансерного учета:*

- а) больных хроническим алкоголизмом — 3 года;
- б) больных наркоманиями и токсикоманиями — 5 лет.

Устанавливается необходимость и периодичность осмотра: *Осмотры наркологических больных... необходимы для осуществления контроля за состоянием больного в процессе динамического наблюдения, проведения лечения и профилактических мер медицинского характера. При этом осмотром наркологических больных... может считаться только личный контакт с пациентами участкового врача психиатра-нарколога...*

Среднее расчетное число осмотров одного пациента в год рекомендуется устанавливать не менее пяти.

Оговариваются условия снятия с диспансерного наблюдения: *Снятие с диспансерного учета производится по следующим причинам:*

- стойкая ремиссия (выздоровление);
- изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологическим учреждением (подразделением) территории, в том числе в связи с передачей под диспансерное наблюдение в другое наркологическое учреждение (подразделение);
- осуждение с лишением свободы на срок свыше 1 года...

Снятие с учета в связи со стойкой ремиссией (по выздоровлению) производится на основании заключения врачебно-консультативной комиссии учреждения, в котором наблюдался больной. В остальных случаях заключение о снятии с учета составляется лечащим врачом больного на основании официальных сообщений соответствующих органов или учреждений, при этом заключение о снятии подписывается руководителем лечебно-профилактического учреждения, в котором наблюдался больной.

Таким образом, лица, состоящие на учете у врача психиатра-нарколога и снятые с диспансерного наблюдения не в связи со стойкой ремиссией (выздоровление), не могут управлять транспортным средством и владеть оружием, пока не будут достигнуты

существенные условия. Таким условием является стойкая ремиссия в течение не менее 3 лет при решении вопроса допуска к владению оружием, и стойкая ремиссия (выздоровление) при допуске к управлению транспортным средством, согласно постановлениями Правительства РФ от 19.02.2015 г. № 143 и от 29.12.2014 г. № 1604 соответственно.

Кроме того, ФЗ № 323 в ч. 2 ст. 27 обязывает граждан в случаях, предусмотренных законодательством, проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Приказ № 704 в п. 1.1 обязывает *руководителей наркологических учреждений (подразделений) осуществлять диспансерный учет и динамическое наблюдение больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактическое наблюдение лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств, в соответствии с порядком, утвержденным данным приказом, а в п. 1.3 надзорным, вышестоящим органам при проверке деятельности наркологических учреждений (подразделений) учитывать выполнение требований Инструкции, утвержденной настоящим приказом.*

С учетом вышеизложенного, лицо, наблюдающееся либо снятое с диспансерного наблюдения в связи с отсутствием сведений более 1 года, в связи с осуждением на срок более 1 года и в связи с выездом в другой регион на постоянное место жительства, претендующее на получение допуска к управлению транспортным средством или владению оружием, не достигло стойкой, объективно подтвержденной ремиссии, что является медицинским противопоказанием. В сложившейся ситуации больной, претендующий на управление транспортным средством и/или владением оружием, должен дать согласие на диспансерное наблюдение и в случае выполнения всех назначений врача, с соблюдением периодичности осмотра и иных требований согласно приказу № 704 может претендовать на получение указанных разрешений при достижении стойкой ремиссии (выздоровления).

Представляется очевидным, что пациент, наблюдавшийся ранее у врача психиатра-нарколога в диспансерной группе и снятый с учета в связи с отсутствием сведений в течение более 1 года или по другим причинам, не связанным с достижением ремиссии, будет вынужден достичь данной ремиссии. Если существенное условие не будет достигнуто, комиссиям врачей специалистов необходимо формулировать решения с учетом нынешних требований законодательства и обосновывать отказ в получении допуска к управлению транспортным средством тем, что не имеется стойкой, объективно подтвержденной ремиссии (выздоровления).

Опять в угоду проводимой кампании

Шумная кампания в прессе в отношении педофилии оказалась разгоряченной до такой степени, что подобно тому, как любая мужская дружба представлялась иным взвинченным блюстителем нравов признаком гомофилии, в орбиту яростных обвинений в педофилии попадают даже те, кто только соприкоснулся с этой тематикой. Совращение малолетних — нередкое содержание бреда пожилого и старческого возраста — стало сущим поветрием.

Мы приводим анализ повторной стационарной СПЭ в Центре им. В. П. Сербского, где эксперты были вовлечены в водоворот такой кампании настолько, что она затмила им собственные критерии и основной принцип экспертной деятельности — не-

предвзятость. На основе их выводов тяжело психически больной человек был осужден на 15 лет лишения свободы и в настоящее время находится в заключении. Попытки добиться пересмотра приговора наталкиваются на корпоративную солидарность: сам разработчик необходимых для диагноза педофилии критериев, рекомендованный нами в качестве арбитра, предпочел поддержку коллег своего учреждения судьбе больного шизофренией. Остается надеяться, что Л. М. будет освобожден от дальнейшего отбывания наказания в связи с тяжелой болезнью, которая уже очевидна для администрации колонии и всех окружающих.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРА И ПСИХОЛОГА на заключение комиссии экспертов от 22 августа 2013 г. повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы Л. М., 1976 г.рожд.

Настоящее заключение составлено 16 апреля 2015 г. по запросу адвоката Ефанова Андрея Николаевича и ходатайству Московской Хельсинкской группы на основании представленных ксерокопий следующих документов:

– заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 22 августа 2013 г. повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы Л. М., проведенной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского;

– заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 21 сентября 2012 г. первичной стационарной комплексной психолого-психиатрической экспертизы Л. М., проведенной в Липецкой областной психоневрологической больнице;

для оценки полноты, всесторонности и научной обоснованности ответов экспертов Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского на вопросы, поставленные судом.

Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 22.08.2013 написано на 25 листах, из которых 1 лист занимает паспортная часть, 1 лист с небольшим — восемь вопросов, адресованных экспертам, материалы медицинской документации и уголовного дела — на 18 листах, сомато-неврологическое состояние — на одном листе, психическое со-

стояние — на двух листах, экспериментально-психологическое исследование — на одном листе и выводы — на двух листах.

Эксперты представили психическое расстройство Л. М., как сочетание двух самостоятельных диагнозов — шизофрении (F 20.828) и педофилии (F 65.4). При этом эксперты, в полном противоречии с констатирующей частью собственного заключения, значительно смягчили диагноз основного психического расстройства подэкспертного — шизофрении и ее проявлений у подэкспертного и, наоборот, резко акцентировали признаки, по их мнению, педофилии. Между тем, эти диагнозы совершенно несоразмерны по обоснованности.

Эксперты “пришли к заключению, что в период, относящийся к инкриминируемым Л. М. деяниям, и в настоящее время у него обнаруживается состояние ремиссии шизофрении эпизодического типа течения (F 20.828 по МКБ-10) и педофилия (F 65.4 по МКБ-10)”. Но при этом они не расшифровывают, что за термином “эпизодический тип течения” могут стоять редкие, а могут частые — как у подэкспертного — обострения этого **хронического** психического заболевания, и что они сами поставили в шифре (пятым знаком) “эпизодический **со стабильным дефектом**”. Это значит, что — как они сами пишут — “появившийся в пубертатном возрасте патохарактерологиче-

ский сдвиг” является необратимым, сохраняющимся до настоящего времени.

Но в течение последних 15 лет Л. М. 9 раз стационарировался. И ему неизменно ставился диагноз шубообразной шизофрении, а не просто рекуррентной (периодической) шизофрении. Это означает, что регулярно наблюдавшие его в течение 15 лет психиатры г. Ельца имели основание говорить не только о разных, а не однотипных приступах болезни, а о всякий раз расширяющейся и усугубляющейся симптоматике, оставляющей очередной небольшой след, т.к. в отличие от рутинного приступа или обострения болезни термин “шуб” как раз и обозначает сдвиг.

Достаточно красноречиво говорит сама за себя последовательность диагнозов при стационарированиях Л. М. в психиатрическую больницу г. Ельца, куда он начал попадать с 21 года:

1. 15.08 – 14.12.1994 г. — **“шизофрения, шубообразное течение”** (описано депрессивно-параноидное расстройство);

2. 18.09 – 13.12.1995 г. — **“шизофрения, шубообразное течение, кататоно-онейроидный синдром”** (был агрессивен, громко кричал голосами разных животных, гримасничал, вычурная моторика, стереотипии, паралогичное мышление);

3. 18.07 – 21.08.2002 г. — **“шизофрения, шубообразное течение, аффективно-бредовой синдром”** (дурашлив, расторможен, груб, циничен, бредовые идеи воздействия. С этого времени регулярно на инъекциях модитен-депо);

4. 05.08 – 23.08.2005 г. — **“шизофрения, шубообразное течение, аффективно-бредовой синдром”** (вспыльчив, конфликтен, чувство могущества, разноплановость мышления);

5. 05.07 – 06.08.2007 г. — **“шизофрения, обострение”** (агрессия к матери, чувство всемогущества, бредовые идеи величия, бессмертия, способность перевоплощаться, резонерское мышление, соскальзывания);

6. 09.10.2007 – 11.01.2008 г. — **“шизофрения, шубообразное течение, тревожно-субдепрессивный синдром со специфическим дефектом личности”**;

7. 03.07 – 24.08.2009 г. — **“шизофрения, шубообразное течение, параноидный синдром”** (агрессивен, конфликтен, он — шаман, может перевоплощаться в любые предметы);

8. 10.03 – 26.04.2010 г. — **“другие формы шизофрении, эпизодическое течение, параноидный синдром”** (возбуждение с чувством всемогущества, появление сексуальной тематики);

9. 09.07 – 25.07.2011 г. — **“шизофрения, шубообразное течение, психопатоподобный синдром”** (многоречив, переоценка своих возможностей, резонерство, паралогичность). С этим диагнозом находился под наблюдением ПНД г. Ельца.

17.08.2012 г. совершил на турбазе инкриминируемые ему действия, пропустив инъекцию модитен-депо, которую должен был сделать 12.08.

21.09.2012 г. состоялась стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза в Липецкой психоневрологической больнице.

Видно, что вслед за обострениями шизофренического процесса в 1994 – 1995 гг., в 2002 и 2005 гг., начиная с 2007 г. обострения отмечались ежегодно: 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, т.е. налицо явная тенденция к утяжелению в отношении частоты обострений, а также и тенденция к утяжелению в отношении клинической симптоматики: во время обострений Л. М. делается все более грубым, циничным, расторможенным, в 2010 г. появились высказывания с перверзной тематикой. Другим неблагоприятным прогностическим признаком является явное преобладание обострений маниакального, а не депрессивного характера. Наконец, усугубление болезни отмечается, несмотря на регулярное внутримышечное введение, начиная с 2005 года, мощного антипсихотического средства модитена-депо. И высоко значимо, что как раз накануне инкриминируемого ему деяния он пропустил очередную инъекцию модитен-депо.

Эксперты подчеркивают в своем заключении, что подэкспертный находился в “состоянии ремиссии”, но обозначают ее в шифре (это шестой знак) как “другой тип ремиссии”. Это значит, что они отвергают как полную и неполную ремиссию, так и отсутствие ремиссии. Опора на такую неопределенную квалификацию неслучайна. Невозможность говорить о полной ремиссии, т.е. фактически временном выздоровлении, когда шизофрения уже оставила (начиная с пубертата) определенный дефект. Не случайно шизофрения называется хроническим психическим заболеванием. Когда в ежегодно повторяющихся обострениях шизофрении, дающих к тому же, как в случае Л. М., основания говорить о малопрогрессиентности, т.е. исподволь, медленно нарастающем процессуальном дефекте, то и в ремиссии сохраняются эмоционально-волевое обеднение и характерные изменения мышления, не сводимые целиком к проявляющимся в момент обострений. Профессиональные навыки сохраняются дольше всего, поэтому опираться следует на повседневное поведение.

Наконец, психическое состояние, зафиксированное СПЭ в Липецкой психоневрологической больнице, которая проводилась спустя месяц после инкриминируемых Л. М. деяний, неопровержимым образом свидетельствует, что эти деяния были началом психотического обострения, потребовавшего активной антипсихотической терапии. Парафилии часто бывают проявлением начала психотических обострений, согласно свидетельству проф. А. А. Ткаченко, специально изучавшего этот вопрос.

Стационарная СПЭ 21 сентября 2012 г. зафиксировала, что подэкспертный был дурашлив, гримасни-

чал, не соблюдал дистанцию с врачом, нецензурно выражался, был агрессивным к медперсоналу, обнажался, не следил за собой, был неопрятен, испражнялся, где придется, отказывался мыться, разбил мебель в палате, сломал раковину. Мышление с соскальзываниями, резонерское, по заключению психолога нецеленаправленное, нечеткое, с использованием широких обобщений и смысловыми смещениями до паралогичности.

Эксперты Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского удивительным образом проигнорировали эти на поверхности лежащие факты и экстраполировали на юридически значимый момент данные своего исследования, проведенного год спустя, после курса активной антипсихотической терапии.

Приведенная аргументация позволяет считать диагностическое заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов Липецкой областной психоневрологической больницы от 21 сентября 2012 г. вполне адекватным и обоснованным: *“Л. М. страдал во время совершения инкриминируемого ему деяния и страдает в настоящее время хроническим психическим расстройством в форме шизофрении, параноидной формы, эпизодического типа течения с нарастающим дефектом личности (F 20.01)”*.

Что касается диагноза “педофилии”, выставленного экспертами Центра им. В. П. Сербского, то этот диагноз ставится при наличии трех критериев:

- 1) периодически возникающего интенсивного сексуального влечения и фантазий такого рода;
- 2) значительного дистресса при воздержании от этого влечения;
- 3) устойчивого сохранения такого предпочтения минимум 6 месяцев.

В случае Л. М. зафиксировано только **однократное высказывание** об интересе к мальчикам, причем в психотическом состоянии в 2010 г., а спустя два с половиной года — инкриминируемые ему сейчас **однократные действия** квазисексуального характера без насилия, также в состоянии начинающегося психотического обострения в привычное для этого время — вторую половину года и после пропущенной инъекции модитен-депо.

Подэкспертный во время обострений психоза неоднократно испытывал бредовую убежденность в своих безграничных умениях и возможностях, в том числе целительских. Поэтому его показания относительно субъективной уверенности, что он может помочь детям, легко встраивается в систему его болезненных переживаний.

Отсутствие всех трех необходимых оснований для диагноза педофилии исключает постановку такого диагноза. У подэкспертного адекватно говорить лишь об однократном случае квазисексуальной расторможенности в структуре его хронического психического заболевания — шизофрении. Это как раз

тот случай, обсуждая который редактор последнего “Руководства по судебной психиатрии” 2012 г. проф. А. А. Ткаченко заключает, что парафилии рассматриваются в качестве отдельных симптомов других психических расстройств, а не клинически самостоятельных парафилий, одной из которых является педофилия (стр. 341). Таким образом, и в этом пункте эксперты Липецкой психоневрологической больницы правы: **“Данных за то, что Л. М. страдает педофилией, нет, а выявленные свойственные ему сексуальные отклонения в виде расторможенности входят в структуру основного психического заболевания — шизофрении”**. Мы считаем этот вывод научно обоснованным, тогда как диагноз педофилии в отношении Л. М. в экспертном заключении Центра им. В. П. Сербского является совершенно искусственным, следованием антипедофильной кампании.

Таким образом, эксперты Центра им. Сербского без достаточных на то оснований:

существенно смягчили диагноз шизофрении, который выставлялся Л. М. на протяжении 9 стационаризований в течение последних 15 лет, заменив шубообразную форму течения шизофрении на эпизодическую (F 20.01 на F 20.828);

проигнорировали неуклонное утяжеление шизофренического процесса и учащение приступов (последние пять лет ежегодно в одни и те же месяцы);

проигнорировали наиболее фундаментальный для ответа на вопросы суда факт, что **инкриминируемое Л. М. деяние** явственным образом (как это описано в руководствах по судебной психиатрии) **было началом очередного обострения психоза**, развернувшегося в течение последующего месяца и потребовавшего активной антипсихотической терапии;

недопустимым образом **экстраполировали результаты своего исследования**, проведенного в совершенно другом состоянии подэкспертного спустя год, **на юридически значимый период**;

и — наконец — совершенно искусственным образом **выставили диагноз педофилии, вопреки отсутствию всех трех критериев**, необходимых для такого диагноза.

Все это свидетельствует о том, что заключение комиссии экспертов от 22 августа 2013 г. Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского не является всесторонним полным и научно обоснованным и не может служить доказательством по делу. Между тем, именно это заключение было положено в основу приговора Л. М.

Считаем, что приговор должен быть пересмотрен с учетом наших разъяснений, а по усмотрению суда — на основе результатов судебной комплексной сексолого-психолого-психиатрической экспертизы.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

Персонал психиатрических больниц о суицидальном поведении: опыт, осведомленность и отношение

Е. Б. Любов и группа исследователей¹

Одним из способов предотвращения суицидального поведения (СП) служит повышение осведомленности и бдительности персонала психиатрических больниц. Изучена позиция относительно СП 1485 психиатров, медицинских психологов, консультантов, медсестер, соцработников в ходе анонимного опроса в рамках многоцентрового исследования. Более половины психиатров столкнулись с СП пациента. Большинство респондентов с опережением относятся к суицидентам. Психические расстройства считались наиболее распространенной причиной СП, и фармакотерапия наиболее подходящим способом его коррекции. Большинство респондентов разделяет идею эвтаназии, проявили интерес к целевой подготовке. Персонал ПБ требует систематического обучения ведению пациентов с СП.

Ключевые слова: суицидальное поведение, больничные пациенты, персонал, опыт, осведомленность, позиция.

Исследования “отношения” групп профессионалов к суицидальному поведению (СП) в целом и подопечных в частности через опыт, аффект, поведение [40] ширятся в разных странах. Систематический обзор [32] включил > 2200 источников по теме. Основные сведения получены из многопрофильных и психиатрических больниц (ПБ) [52, 53, 56]. Так, врачи Турции терпимее к СП, чем учителя, полицейские, студенты, но не столь уверены в возможности его предупреждения [45]. Интернисты Германии оптимистичнее в плане профилактики и более знакомы с лечением СП, чем их японские коллеги [50], в стране с вдвое более высоким уровнем суицидов. Представители медицинских специальностей по-разному относятся к пациентам, видя разные ракурсы и этапы СП [32, 43, 47]. Например, консультанты не столь терпимы к СП, как психологи и соцработники [43]. Отношение медсестер общей больницы [53], отделений неотложной помощи [38] к суицидентам более неприязненно “даже” по сравнению с злоупотребляющими психоактивными веществами (ПАВ) [53]. Показано отстранение, стигматизация суицидентов медсестрами отечественных ПБ [16]. Большие сопереживание и действенная помощь связаны с целевым обучением персонала, их

опытом и консультированием [16, 30, 37, 52, 55], обсуждением качества помощи [32, 53]. Русскоязычные работы единичны и касаются малых выборок врачей, медсестер ПБ [6, 16]. Предварительные данные исследования опубликованы [10].

Цель исследования: изучение опыта, осведомленности и отношения персонала к СП.

Задачи. 1. Выяснить различия позиции (осведомленность, понимание) в отношении к СП отдельных групп персонала. 2. Определить позицию персонала в отношении СП пациентов и возможностей его коррекции и предупреждения. 3. Уточнить позицию персонала относительно эвтаназии. 4. Оценить потребность обучения суицидологии персонала.

Материалы и методы: анонимно невыборочно опрошены (2013 – 2014 гг.) 1485 человек (1225 женщин, или 82,5 %): 237 психиатров-наркологов (далее — психиатры), 81 медицинский психолог (психологи), 98 врачей-консультантов (консультанты), 562 медсестры, 466 санитарок и 41 социальный работник (соцработники) девяти ЛПУ (табл. 1): Вологодской ОПБ (n = 446), Иркутской ОКПБ № 1 (n = 66), Кировской (n = 170), Липецкой (n = 279), Пермской (n = 45) ОПБ, Московской ПБ № 13 (n = 72), Ставропольской ККПБ № 1 (n = 255), сомато-психиатрического отделения многопрофильной КБ № 85 ФМБА России (n = 59) и МСЧ “Газпром добыча Ямбург” (n = 93). Последнее ЛПУ формально не относится к психиатрическим, но курирует психически больных и включено для сравнения отношения к СП работников психиатрического и общемедицинского профилей. В отделении КБ на 59 коек преобладают (до 75 %) первичные больные аффективными и “невротическими”

¹ О. И. Фалалеева (Вологда); Т. Д. Василишина, О. П. Ворсина, С. В. Дианова (Иркутск); Захаров Н. Б., Мальцева Е. А., Петухов Ю. Л., (Киров); С. И. Дмитренко, В. В. Доронин (Липецк), В. А. Варенцова, Е. А. Заводский, Е. А. Клименко, А. Н. Куликов, Р. Б. Титкин, Д. Д. Федотов, С. В. Харитонов (Москва); Н. М. Потешкин (Пермь); Е. С. Купцова, С. В. Швыдкая (Ставрополь), С. А. Чубина (Тула); Я. И. Керцман, А. А. Сивов, А. Н. Фомин (Ямбург).

Таблица 1. Профессиональные (должностные) группы респондентов

ЛПУ/отделения	Психиатры	Психологи	Консультанты	Медсестры	Санитарки	Соцработники
Вологодская ОПБ	54	20	1	190	162	19
Иркутская ОКПБ № 1	26	4	1	18	15	2
Кировская ОПБ	21	12	–	52	81	4
Липецкая ОПБ	31	6	2	135	103	2
КБ № 85, Москва	7	1	21	25	5	–
ПБ № 13, Москва	33	21	6		9	3
Пермская ОПБ	24	2	2	17	–	–
Ставропольская ККПБ	41	15	5	102	81	11
МСЧ Ямбург	–	–	60	23	10	–
Суммарно (чел.)	237	81	98	562	466	41

Таблица 2. Пол, возраст и стаж респондентов

Группа профессионалов	Женщины: чел. (%)	Возраст, лет: чел. (%)			Стаж (лет): чел. (%)		
		< 40	41 – 50	> 60	1 – 5	6 – 9	≥ 10
Психиатры	146(61,6)	104(43,9)	63(26,6)	70(29,5)	47 (19,4)	21 (8,8)	169(71,3)
Психологи	74 (91,3)	64(79,0)	8(9,8)	9(11,1)	28 (34,5)	19 (23,4)	34(41,9)
Консультанты	41 (40,3)	21(27,3)	35(35,1)	38(37,7)	6 (6,5)	5 (5,2)	87(88,3)
Медсестры	497 (88,5)	321(59,6)	84(15,4)	134(25,0)	124 (23,1)	93 (17,3)	321 (59,6)
Санитарки	428 (92,3)	200 (44,2)	141 (30,8)	125 (25,0)	246 (53,8)	94 (21,2)	123 (25)
Соцработники	39 (95,1)	22(53,6)	9(21,9)	10(24,4)	25(60,9)	7 (17,0)	9 (21,9)

расстройствами. Итак, сопоставлены позиции групп персонала, работающих с разными контингентами пациентов в регионах, отличных по уровням СП и развитости психиатрических и суицидологических служб [10, 11].

В ряде ПБ (отделений) участвовал почти весь (85 %) персонал. Доля участников добровольного опроса достигала 90 %. Указание возраста и стажа в широких 10-летних интервалах укрепило конфиденциальность опроса (табл. 2).

Большой частью в опросе участвовали женщины среднего возраста; до 1/3 респондентов (помимо психологов) — пенсионного возраста, что выражено и стажем. Наиболее представлены медсестры и санитарки, обычно составляющие хребет коллектива ЛПУ. Средний и младший медперсонал теснее и длительнее контактируют с больными, чем врачи, и в глазах пациентов более отражает качество больничной помощи [8]. Стаж санитарок и соцработников невелик по сравнению с иными группами респондентов, что предполагало их малый теоретический и практический опыт. Привлечение к опросу младших медицинских работников (санитарок) без медицинского образования, более представляющих “общее население”, чем профессионалов, позволило шире рассмотреть спектр позиций.

Православными себя заявили 80 % респондентов (82,7 % психиатров, 97,5 % психологов, 82,6 % кон-

сультантов, 94,2 % медсестер, 98 % санитарок и 97,5 % соцработников); нерелигиозными и атеистами назывались < 10 %, как и россияне в целом.

Структурированный оригинальный опросник оценки осведомленности и отношения к СП разработан на основе шкалы Understanding of Suicidal Patient scale (USP) [52] и опросника Attitudes Towards Suicide questionnaire (ATTS) [50], отмеченных систематическим обзором [32] как наиболее используемые. Добавлены вопросы об опыте СП пациентов, отношении к эвтаназии (“праву на легкую смерть”), потребности обучения. Согласно задачам исследования, вместо подсчета баллов подсчитаны доли дихотомических ответов “Да” и “Нет” при исключении переходных “Скорее да, чем нет”, а также “Не знаю”.

Статистический анализ. Критерий χ^2 (согласия Пирсона) позволил сравнить распределения частот вне зависимости от того, распределены они нормально или нет. Отношение шансов (OR) Мантеля-Хензеля оценило скорректированное отношение шансов в качестве оценки относительного риска, выведенной из подобранных наборов данных.

Результаты и обсуждение

Опыт СП пациентов. СП — трагичное, но, к счастью, относительно нечастое событие (суициды: 100 – 400 на 100 000 госпитализаций) в стенах ПБ

[13, 23, 34], что затрудняет индивидуальный прогноз [20]. Печальный опыт отмечен, однако, 51 % психиатрами, 24,6 % психологами, 22,4 % консультантами, 15,3 % медсестрами, 23,1 % санитарками, 14,6 % соцработниками; причем 20 % “опытных” указали до 6 (!) эпизодов СП вне связи с должностью. Относительно малая часть не психиатров, отрицающая опыт СП, связана, возможно, с непониманием (вытеснением?) события. На меньший опыт суицидов пациентов отечественных респондентов, чем их зарубежных коллег, указывают отдельные исследования [44]. Так, 1/2 психиатров в США, Великобритании, Таиланде (странах с различными структурой и обеспечением служб) сообщили об опыте суицида (без учета попыток) пациента [59]. Вероятность, что психиатры, пережившие самоубийство пациента, столкнутся со вторым — 55 %. Не менее 60 % медсестер японских ПБ сообщили о суициде пациента [56], многократно чаще, чем в нашей выборке. При этом 80 % итальянских врачей первичного звена сталкивались с СП пациента за год [48]. У 60 % белорусских интернистов был опыт суицида пациента, у 70 % — парасуицида [6]. Опыт работников скорой помощи сходен (60 – 75 %) [42], но с учетом самоповреждений — есть почти у всех (95 %). Таким образом, вновь убеждаемся, что большинство суицидентов не попадает в поле зрения психиатра. Иные аспекты темы указаны в сводной табл. 3.

Отношение к СП. Тема СП не табуирована для персонала, на что указала и готовность участвовать в опросе. Санитарки более ($p = 0,0001, \chi^2 = 61,5, OR = 0,32$), чем остальные респонденты открыты обсуждению СП, надеемся, и с пациентами. “Не понимают” проблем “молодых и здоровых” суицидентов < 1/3 психиатров, психологов, в меньшей мере, чем осталь-

ные респонденты ($p < 0,0001, \chi^2 = 217, OR = 1,2$). Называют СП “грехом” 1/2 психиатров, психологов, большинство (65 %) консультантов, медсестер, санитарок и соцработников, но объясняют позицию вероисповеданием < 1/2 респондентов. По Дюркгейму [4], христиане не склонны оправдывать суицид (но “прощают” душевнобольного). Так, религиозные медсестры особо склонны к осуждению СП [55]. Однако, по Европейскому социальному исследованию ценностей, религиозность россиян — “на среднем уровне” и более носит фасадный характер. При этом отношение респондентов к СП в целом терпимо, как и в европейском обществе [25, 51, 54], включая Россию.

Склонные к СП “люди с улицы” [35], как и профессионалы с суицидальными мыслями жестче отстаивают право на суицид [31]. Допускают, что “любой может покончить с собой” до 90 % респондентов, причем суицид может стать единственным выходом для каждого пятого психиатра, медсестры, санитарки, вероятнее, чем для психологов, консультантов, соцработников ($p < 0,0001, \chi^2 = 20,57, OR = -1,39$). Меньшинство ответивших (но каждый десятый психиатр) объясняет суицид одиночеством и готово манипулировать угрозами, но мысли о суициде обыденны, как у “всех”, для 1/4 – 1/3 ответивших, тогда как международные популяционные исследования указывают на усредненные 10 % лиц, отмечающих в течение жизни суицидальные мысли [42]. Самыми оптимистичными (“без мрачных мыслей”) стали консультанты ($p = 0,05, \chi^2 = 3,6, OR = 0,8$).

Могли бы подумать о суициде как избавлении от тяжелой болезни 1/4 психиатров, психологов, соцработников, но чаще (1/3) медсестры и санитарки ($p < 0,0001, \chi^2 = 334, OR = -7,2$). Санитарки более допускают суицид как облегчение бремени семьи

Таблица 3. Позиция респондентов в отношении СП

Вопрос или утверждение	Положительные ответы чел. (% группы)					
	Психиатры	Психологи	Консультанты	Медсестры	Санитарки	Соцработники
<i>Отношение к СП</i>						
СП — не тема обсуждения в медицине (психиатрии)	20 (8,4)	7 (8,6)	5 (5,1)	65 (11,5)	135 (28,8)	2 (4,9)
Суицид пациента — серьезная профессиональная ошибка	111 (46,8)	34 (41,9)	51 (51,9)	357 (63,4)	269 (57,6)	23 (56,0)
Суицид — грех	121 (51,5)	41 (50,6)	70 (70,1)	411 (73,1)	385 (82,6)	27 (65,8)
Вероисповедание определяет мое отношение к СП	74 (31,2)	25 (30,8)	45 (45,4)	227 (40,3)	126 (26,9)	14 (34,1)
У любого — право на суицид	72 (30,3)	23 (28,4)	13 (14,2)	76 (13,4)	63 (13,5)	8 (19,2)
Почти все когда-либо думают о суициде	83 (35,0)	33 (40,7)	22 (23,3)	205 (36,5)	125 (26,9)	10 (24,4)
Бывают ситуации, когда суицид — единственный выход	44 (18,5)	3 (3,7)	5 (5,2)	108 (19,2)	80 (17,3)	2 (4,8)
Могут угрожать суицидом, не собираясь этого делать	44 (18,5)	13 (16,0)	12 (12,9)	76 (13,4)	116 (25,0)	7 (17,0)
Суициденты меня раздражают	183 (77,2)	61 (75,3)	18 (18,1)	140 (25,0)	77 (17,3)	31 (75,6)
Не понимаю молодых и здоровых, совершивших суицид	68 (28,6)	23 (28,3)	72 (72,7)	313 (55,7)	350 (75,0)	18 (43,9)

Вопрос или утверждение	Положительные ответы чел. (% группы)					
	Психиатры	Психологи	Консультанты	Медсестры	Санитарки	Соцработники
Одиночество для меня — повод самоубийства	25 (10,5)	4 (4,9)	2 (2,5)	43 (7,6)	29 (6,2)	1 (2,4)
Суицид — способ прекратить невыносимые страдания	55 (23,2)	21 (25,9)	29 (29,8)	239 (42,5)	206 (44,2)	11 (26,8)
Я подумал бы о суициде при неизлечимой болезни	57 (24,0)	17 (20,9)	15 (15,5)	195 (34,6)	188 (40,3)	8 (19,5)
Страдающему от мучительной болезни и просящему легкой смерти медик должен помочь	70 (29,5)	24 (29,6)	22 (22,1)	109 (19,2)	228 (48,8)	11 (26,8)
Хочу, чтобы мне помогли умереть, если, не дай Бог, заболею неизлечимо	56 (23,6)	14 (17,3)	13 (14,3)	108 (19,2)	80 (17,3)	8 (19,5)
Порой суицид — облегчение бремени близких	44 (18,5)	8 (9,8)	12 (12,9)	108 (19,2)	144 (30,7)	5 (12,2)
<i>Осведомленность о СП / бдительность.</i>						
Суицид— крик о помощи	133 (56,1)	48 (59,2)	55 (55,8)	378 (67,3)	296 (63,4)	30 (73,2)
- желание наказать кого-то или отомстить	57 (24,0)	19 (23,4)	27 (27,2)	98 (17,3)	143 (30,7)	8 (19,5)
Суицид обычно совершают “вдруг”	39 (16,4)	14 (17,2)	24 (24,6)	173 (30,7)	197 (42,3)	11 (26,8)
Близкие суицидента обычно ничего не подозревают	58 (24,4)	22 (27,1)	46 (46,7)	324 (57,6)	296 (63,4)	18 (43,9)
У совершившего попытку суицида повышен риск СП	222 (93,7)	76 (93,8)	69 (70,1)	497 (88,4)	358 (76,9)	31 (75,6)
Большинство помышляющих о суициде избегает обсуждать эту тему	85 (35,8)	23 (28,4)	58 (58,4)	335 (59,6)	295 (63,3)	15 (36,9)
Риск СП растет, если прямо спросить о намерении	29 (12,2)	4 (4,9)	13 (14,2)	109 (19,2)	126 (26,9)	4 (9,3)
Сообщающие о намерении суицида редко идут на это	81 (34,1)	22 (27,1)	62 (62,3)	313 (55,7)	287 (61,5)	19 (46,3)
<i>Причины СП (ранжир значимости)</i>						
Мозговые изменения	91 (38,4)	21 (25,9)	42 (42,8)	290 (51,6)	90 (19,3)	20 (48,8)
Все самоубийцы психически больны	70 (29,5)	24 (29,6)	36 (37,6)	217 (38,4)	188 (34,6)	13 (31,7)
Психоз, депрессия	167 (70,4)	61 (75,3)	71 (71,4)	443 (78,8)	233 (50,0)	31 (75,6)
Употребление ПАВ	168 (71,7)	63 (77,7)	70 (70,1)	399 (71,1)	269 (57,6)	33 (80,5)
Стресс и тревога	122 (51,5)	38 (46,9)	32 (32,4)	249 (44,2)	170 (36,5)	19 (46,3)
Проблемы в семье	131 (55,3)	50 (61,7)	35 (36,3)	270 (48,1)	151 (32,6)	22 (51,2)
Одиночество	41 (17,2)	11 (13,6)	11 (11,7)	119 (21,1)	90 (19,2)	7 (17,0)
<i>Лечение и предупреждение СП</i>						
После попытки суицида необходимо	221 (93,2)	76 (93,8)	80 (80,5)	508 (90,3)	404 (82,6)	37 (90,2)
... лечение в ПБ	126 (53,2)	34 (41,9)	47 (48,1)	346 (61,5)	233 (50,0)	15 (36,6)
... лечение на суицидологических койках / в особых палатах	120 (50,6)	32 (39,5)	54 (54,5)	270 (48,1)	188 (40,3)	11 (26,8)
... контроль как при тяжелых телесных болезнях	139 (58,6)	53 (65,4)	62 (62,3)	357 (63,4)	260 (55,7)	22 (53,6)
... лечение психотропными лекарствами	158 (66,6)	43 (53,1)	55 (55,8)	346 (61,5)	116 (25,0)	19 (46,3)
... консультации психотерапевта	177 (74,7)	70 (86,4)	63 (63,6)	411 (77,1)	278 (61,5)	33 (80,5)
...семейная терапи	164 (69,1)	64 (79,0)	38 (38,9)	372 (66,3)	224 (46,1)	32 (78,0)
...беседа священнослужителя	114 (48,1)	43 (53,0)	42 (42,8)	303 (53,8)	215 (48,1)	18 (43,5)
... лечение сном и покоем	90 (37,9)	34 (19,7)	41 (41,5)	313 (55,7)	224 (48,1)	19 (46,3)
СП предупредит спиртное	73 (10,0)	6 (4,9)	0 (0)	45 (8,0)	27 (5,7)	0 (0)
Важно длительное наблюдение по выписке	100 (42,1)	38 (46,9)	61 (61,1)	324 (57,6)	251 (53,8)	14 (34,1)
Суицид можно предупредить	139 (58,6)	49 (60,4)	67 (67,5)	324 (57,6)	340 (73,1)	24 (58,5)
Любой обязан остановить самоубийцу	176 (74,2)	59 (72,8)	84 (85,7)	411 (73,1)	341 (73,1)	29 (70,7)
От мыслей о суициде не избавиться	31 (13,0)	8 (9,8)	21 (20,7)	206 (36,5)	108 (23,1)	10 (24,4)
<i>Обучение и навыки ведения СП</i>						
Я обучен профилактике СП	55 (23,2)	15 (18,5)	52 (53,2)	562 (100)	466 (100)	8 (19,5)
У меня достаточно знаний и умений для работы с СП	91 (38,4)	18 (22,2)	42 (42,9)	443 (78,8)	180 (38,6)	13 (31,7)

($p < 0,0001$, $\chi^2 = 34,5$, $OR = -1,59$) и разделяют (1/2 группы) идею эвтаназии ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 98,8$, $OR = -0,56$) по сравнению с < 1/3 психиатров, психологов, пятым-четвертым консультантом, медсестрой, соцработником. По Монтеню, “природа назначила нам лишь один путь появления на свет, но указала тысячи способов, как уйти из жизни”. Неизлечимые и отчаявшиеся все активнее поднимают вопрос о эвтаназии [45], хотя в РФ более актуален аспект доступности качественной паллиативной помощи. Однако 1/2 европейских врачей разных специальностей готова помочь пациентам легко умереть [26]. Сострадательнее к мукам неизлечимо больного женщины-врачи [27]. Социологический опрос фонда “Общественное мнение”, охвативший 1,5 тыс. жителей 43 регионов, указал на 1/3 россиян, ратующих за легализацию эвтаназии. Тема близка отечественным респондентам, согласно данным сравнительного исследования [43], и созвучна с представлением 1/2 респондентов о суициде как бегстве от тяжелых жизненных обстоятельств и страданий неизлечимой болезни, но психалгия, побуждающая суицид, возможно, горше физических мук. Женщины (у нашей выборки, как и у медиков РФ — “женское лицо”) более сопереживают суицидентам [27, 36, 52], но раздражение медперсонала, отмеченное 30 лет назад [48], свойственно и нашим респондентам.

Суициденты “раздражают” чаще 3/4 психиатров, психологов, соцработников против (отрадно) 1/4 медсестер, санитарок ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 200,1$, $OR = -0,11$). Возможно, малое сопереживание пациентам при терпимости и настораживающем принятии СП “в общем” — частный пример отношения ко всем подопечным, признак выгорания психиатрического персонала [3, 17]. С другой стороны, суициденты сетуют на черствость, отстраненность и дискриминацию “бесчувственным” персоналом [58], пренебрежение душевными проблемами, что нельзя списать лишь на предвзятость в неразрешенном эмоциональном кризисе. Трудно свыкающиеся с хронотопом ПБ, склонные к побегу и боящиеся жизни за ее стенами, требовательные “критиканы и законники”, обвиняют, порой небезосновательно, персонал в “плохом лечении” [13]. “Чрезмерные претензии”, агрессия как проективная защита против саморазрушения отторгают “трудного больного”, приводят к избеганию суицидентов как защитной позиции персонала [22]. Пренебрежение и непонимание повышает риск СП уязвимых к отторжению [60] пациентов ПБ [13, 34], затрудняют адресное лечение [60], терапевтический контакт как основу кризисной помощи [1, 15]. Возраст и стаж персонала влияют на отношение к суицидентам неоднозначно: по минованию “пика” нарастает (в связи с профессиональной деформацией?) отчужденность [50] даже при “правильном”, но формальном обучении [39]. Замыкая порочный круг, СП

пациента — типовой фактор риска выгорания профессионала [18, 14, 33], означенного ВОЗ как суицидоопасное состояние [7], на что указывает и терпимость к СП наших респондентов. Но примечательно, что лишь 40 – 60 % респондентов рассматривают СП больного как серьезный профессиональный промах (“Опыт — имя, которое каждый дает своим ошибкам”. Оскар Уайльд).

Осведомленность о СП / бдительность. До 3/4 опрошенных полагают попытку самоубийства криком о помощи, не исключая, таким образом, из числа страдающих психически больных, и в 2 – 3 раза реже — средством наказания (самонаказания?) или мести. Самоубийство обычно совершают “вдруг” (в состоянии аффекта), — считает меньшая часть (20 – 40 %) респондентов, то есть оно потенциально предотвратимо. Однако близкие замышляющего суицид ничего не подозревают (до 60 % ответов), что увы, верно. Хотя “большинство помышляющих о самоубийстве избегает обсуждать эту тему” (1/3 – 1/2 персонала), увеличения риска суицида при прицельном распросе опасаются не более 1/4 ответивших в противовес распространенному в населении мнению “Суицид не следует обсуждать, и он не предотвратим” [19, 50], поддержанному мифом о провокации СП распросами. В меньшей мере, психологи, нежели > 1/3 психиатров и > 60 % медсестер и санитарок полагают, что заявляющие о намерении не совершат самоубийство ($p = 0,0001$, $\chi^2 = 74,6$, $OR = 0,818$).

Причины СП. Не более 40 % опрошенных утверждают, что “все суициденты — душевно больны”, но психические расстройства до 3/4 опрошенных выдвигают на первый план при выборе причины СП (но не мозговые изменения), исходя из классического эскиролевского представления [20, 28] и согласно “клинической иллюзии” [24], когда персонал судит о всех суицидентах по выборке знакомых пациентов — наиболее тяжелых (требующих госпитализации). При этом > 70 % белорусских врачей (не психиатров) считают СП следствием психического расстройства [6], но < 1/2 медсестер ПБ в РФ (каждая пятая) считает суицидента “слабаком”, что и показывает ему в общении [16].

Лечение и предупреждение СП. Относят к группе высокого риска СП совершившего попытку суицида и полагают для него необходимым лечение фактически все, но не обязательно в ПБ (до 2/3 больничных работников). Потребность в суицидологических койках (палатах) ощущает 1/2 медперсонала и 1/4 соцработников. Приравнивают суицидентов по необходимости внимания к тяжело соматически больному (возможно, и в связи с медицинскими последствиями СП) > 1/2 ответивших.

Вопреки представлению о природе СП и “лекарственному климату” ПБ, лишь 65 % психиатров и 1/2 психологов основные надежды возлагают на фармакотерапию. На противоположном полюсе мнений —

1/2 санитарок, более доверяющих немедикаментозным “сну и покою”, ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 166$, $OR = 2,2$). Возможности ЭСТ, как доказательно эффективного средства неотложной помощи при СП, приветствуемого самими пациентами [8], выделяет лишь каждый десятый психиатр, как и спиртное (средство самолечения?). Принижая роль микросоциального (экзистенциального) неразрешимого конфликта [1, 15] как спускового крючка СП личности с изначально низкой стрессоустойчивостью (таковы суициденты), выделяют психотерапию при малой ее реальной доступности в ПБ не менее 3/4 психиатров и медсестер, психологов и соцработников, > 60 % консультантов, санитарок. Семейную терапию одобряют как важную часть помощи суицидентам не менее 70 % психиатров, психологов и соцработников против > 40 %, возможно, менее не осведомленных, консультантов и санитарок ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 71,7$, $OR = -1,2$). Беседы со священнослужителем одобряют лишь 40 – 55 % респондентов, хотя большинство заявили себя верующими.

Скепсис к предупреждению СП отличен в профессиональных группах [27, 36, 47, 52], но в нашей выборке перспектива предупреждения СП полагается реальной. Суицидент амбивалентен, и профессионал обязан привить ему оптимистический взгляд на настоящее и будущее. Допускают возможность пресечь СП > 85 % психиатров, психологов и соцработников, но вдвое меньше (30 – 40 %) консультантов, медсестер, санитарок ($p = 0,044$, $\chi^2 = 4$, $OR = 3,4$). Отрицают шанс избавления от суицидальных мыслей не более 1/4 респондентов. Респонденты (до 85 %) резонно отмечают, что дело профилактики СП не сводится лишь к профессиональным усилиям, хотя лишь 30 % врачей, не психиатров, полагают дело лечения СП — их обязанностью [6]. Понимают необходимость длительного (месяцы-годы) наблюдения суицидента после выписки не более 2/3 респондентов, срединную позицию (40 – 50 %) занимают психиатры и психологи, медсестры и санитарки.

Обучение и навыки ведения пациентов с СП. Полагают, что обучены (на рабочем месте) < 1/4 психиатров, психологов, 1/2 консультантов, соцработников и повсеместно все (!) медсестры и санитарки; при этом признаются в достаточности знаний и умения < 1/2 психиатров, консультантов, санитарок, каждый пятый психолог и 1/3 соцработников. Апробированным путем профилактики СП пациентов служит повышение бдительности профессионалов через целевое обучение, осведомленность и навыки, а не опыт (“сын ошибок трудных”). Если > 40 % норвежских врачей (не психиатров) обучены оценке и лечению СП [27], то осведомленность их белорусских коллег недостаточна [6] при достойной распространения региональной программе обучения интернистов [5], способствующей снижению риска СП пациентов вне психиатрических служб. Профессионалы выражают умеренную по-

требность в целевом обучении [18, 21, 45], в отечественной повседневной практике недостаточном [12, 14] при завышенной самооценке уровня подготовки (особо среднего и младшего медперсонала), хотя анонимность позволила не скрывать свои “слабости”.

ВЫВОДЫ

Респонденты на большинство вопросов ответили сходно, что полезно при бригадной работе. Так, статистически значимые различия ответов в группах респондентов получены лишь по 11 позициям из 47, но общие заблуждения остаются заблуждениями. Настораживает, что совпадающие в > 3/4 позициях (против ожиданий) суждения психиатров и психологов мало отличны от санитарок, по гипотезе рупора “гласа народа” склонных к тиражированию мифов о СП. Не отмечено различий в суждениях профессионалов психиатрических и непсихиатрического (Ямбург) ЛПУ. Возможно, респонденты более руководствуются обыденным житейским опытом (позицией наивного реализма), но не профессиональным багажом, выверенным научно доказательными данными. Анонимные ответы, показательно, не сдвинуты и в сторону социальной желательности [41] при некоторой непоследовательности и двойственности суждений. Уровень осведомленности респондентов о причинах, мотивах (обычно смешиваемых), риске СП, снижают результативность работы и свидетельствуют о риске эмоционального выгорания. Необходимы дифференцированное тематическое обучение, формальная и неформальная поддержка сотрудников. Обширная репрезентативная выборка в рамках многоцентрового исследования, позволяет распространить результаты, по крайней мере, на иные ПБ.

Ограничения исследования. Изучена позиция большей частью работников стационарного звена психиатрической службы. Не выделены наркологи и психиатры, персонал отделений для острых и хронических больных, но ротация специалистов характерна для ПБ. Выборка МСЧ Ямбура относительно мала и представлена лишь одним врачом — не психиатром. Связь позиции с показателями СП на региональном и национальном уровнях, культуральным контекстом, вероисповеданием (большая часть данной выборки — православные), стажем и опытом СП респондентов особо не изучена.

Благодарность: соавторы признательны за техническое содействие в сборе и подготовке материала Кире Сергеевне Ивановой, менеджеру фармацевтической компании “Джонсон & Джонсон”.

ЛИТЕРАТУРА

Список литературы из 61 источника можно запросить в редакции.

Детерминанты удовлетворенности трудом специалистов психиатрической службы

Т. Г. Светличная, Е. А. Смирнова¹ (Архангельск)

В статье приведены результаты медико-социологического исследования удовлетворенности трудом медицинских работников психиатрических больниц. Базой для изучения послужили 2 региональных центра психиатрической помощи Вологодской области. Объем наблюдения составил 78,3 % от наличного состава работающих на момент исследования врачей и медицинских сестер. Только 40,2 % медицинских работников удовлетворены своей работой. При неудовлетворительной социальной поддержке медицинских работников со стороны государства шанс быть неудовлетворенным от работы возрастает в 1,86 раза. В тоже время группа мотивирующих факторов, включающих в себя симптомы синдрома эмоционального выгорания оказывают непосредственное влияние на удовлетворенность работой: отсутствие стресса (1,72), головная боль (1,60) и повышение АД (1,88).

Ключевые слова: удовлетворенность трудом, гигиенические факторы, мотивирующие факторы, медицинские работники, психиатрические больницы.

С позиций контекстуального (или организационного) подхода к изучению доступности психиатрической помощи, разработанного в рамках поведенческой модели Р. Андерсена, среда (контекст) в которой осуществляется использование психиатрической службы, рассматривается как имеющая довольно сложную структуру [8]. Она включает в себя два блока контекстуальных факторов. Первый образуют переменные, описывающие состояние службы психиатрической помощи в обществе в целом и в районе проживания индивида, второй — параметры, связанные со специалистом [15]. При этом характеристики профессионалов-медиков и параметры их взаимодействия с пациентами признаются важнейшими среди множества других переменных, описывающих среду осуществления психиатрической помощи [2, 7]. На сегодняшний день лишь в небольшом количестве исследований можно обнаружить попытки изучения мотивации медицинского труда [12]. Поэтому для более глубокого понимания процесса получения психиатрической помощи и полноты анализа факторов, влияющих на их использование, мы специально изучили удовлетворенность трудом медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь.

Материалы и методы исследования

Программа и методика исследования разработаны на основании методических рекомендаций А. В. Решетникова и С. А. Ефименко [3]. В качестве инструмента проведения исследования использована специально разработанная статистическая “Карта изучения медико-социального портрета медицинских работников психиатрических больниц”, валидизированная в ходе пилотного исследования. В анкетировании уча-

ствовали врачи и медицинские сестры БУЗ ВО “Вологодской областной психиатрической больницы” и БУЗ ВО “Вологодского областного психоневрологического диспансера № 1”. Сплошным методом были проанкетированы 393 медицинских работника (78,3 % от работающих на момент исследования). Врачи составили 33,3 %, медицинские сестры — 66,7 %, или 1:2.

При проведении статистического анализа рассчитывались качественные и количественные переменные. Для определения взаимосвязей качественных переменных использовался тест Хи-квадрат Пирсона, силы связей — коэффициент V Крамера (для многопольных таблиц). Для определения влияния доли каждого фактора использовалась процедура логистического регрессионного анализа. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработка данных проведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 17 и WinPEPI. Расчет 95 %-ых доверительных интервалов (ДИ) осуществлялся методом Fisher.

Результаты и их обсуждение

Для изучения удовлетворенности трудом специалистов психиатрической службы и факторов, ее определяющих, нами было проведено специальное медико-социологическое исследование [4]. Исходя из теоретического предположения Ф. Герцберга о том, что на удовлетворенность трудом могут оказывать воздействие гигиенические и мотивирующие факторы, мы провели анализ взаимного влияния анализируемых параметров, оценив степень вклада каждого из них в общий результат. Для этого нами была выполнена процедура множественного логистического регрессионного анализа (табл. 1, 2, 3). К гигиеническому фактору мы отнесли размер заработной платы, систему экономического стимулирования, программу государственной социальной поддержки и правовой защиты, организацию и условия труда.

¹ ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет.

Таблица 1. Результаты множественного логистического регрессионного анализа оценки взаимного влияния компонентов гигиенического фактора на удовлетворенность медицинским трудом

Компоненты гигиенического фактора	ОШ	Значение Вальда	p-уровень*	95 % ДИ
Зарботная плата	1,249	0,838	0,360	0,776 – 2,012
Социальная поддержка государства	2,166	11,422	0,001	1,384 – 3,391
Условия труда	1,158	0,402	0,526	0,736 – 1,820
Экономическое стимулирование	0,629	3,802	0,051	0,395 – 1,002
Правовая защита	0,697	2,088	0,148	0,427 – 1,137
Организация труда	1,010	0,010	0,981	0,430 – 2,375

Примечание: * многофакторный логистический регрессионный анализ. ОШ — отношение шансов. Зависимая переменная “удовлетворенность работой” закодирована, как 1 — удовлетворен, 2 — не удовлетворен; независимые переменные закодированы, как 0 — устраивает, 1 — не устраивает.

Таблица 2. Результаты логистического регрессионного анализа оценки взаимного влияния компонентов мотивирующего фактора на удовлетворенность медицинским трудом

Компоненты мотивирующего фактора	ОШ	значение Вальда	p-уровень*	95 % ДИ
Материально-техническая оснащенность труда	0,728	0,925	0,336	0,381 – 1,391
Возможности профессионального роста	0,753	0,642	0,423	0,377 – 1,506
Отношения с руководителями	1,256	0,360	0,549	0,596 – 2,647
Отношения с коллегами	0,879	0,028	0,867	0,193 – 4,006

Примечание: * многофакторный логистический регрессионный анализ. ОШ — отношение шансов. Зависимая переменная “удовлетворенность работой” закодирована, как 1 — удовлетворен, 2 — не удовлетворен; независимые переменные закодированы, как 0 — устраивает, 1 — не устраивает.

Таблица 3. Результаты логистического регрессионного анализа оценки взаимного влияния мотивирующего и гигиенического факторов на удовлетворенность медицинским трудом

Наименование фактора	ОШ	значение Вальда	p-уровень*	95 % ДИ
Гигиенический	0,586	0,481	0,488	0,130 – 2,652
Мотивирующий	0,895	0,041	0,839	0,308 – 2,603

Примечание: * многофакторный логистический регрессионный анализ. ОШ — отношение шансов. Зависимая переменная “удовлетворенность работой” закодирована, как 1 — удовлетворен, 2 — не удовлетворен; независимые переменные представлены непрерывной шкалой.

Анализ предикторов, включенных в модель, позволил выявить статистически значимое влияние на удовлетворенность работой государственной социальной поддержки и экономического стимулирования.

При социальной поддержке государства шанс быть неудовлетворенным работой возрастает в 2,2 раза (95 % ДИ 1,4 – 3,4), а при неэффективной программе экономического стимулирования повышается в 1,6 раз. Остальные компоненты гигиенического фактора на удовлетворенность работой не оказывают статистически значимого влияния.

Для выявления влияния компонентов мотивирующих факторов мы повторили процедуру множественного регрессионного анализа. К мотивирующему фактору согласно теоретической модели были отнесены материально-техническая оснащенность труда, возможности профессионального и карьерного роста, отношения с руководством и коллегами.

Анализ предикторов, включенных в модель, не позволил выявить статистически значимых влияний.

Далее мы суммировали значения компонент по каждому из анализируемых факторов и, разделив полученную величину на число составляющих, получили 2 новые переменные, названные нами также гигиеническим и мотивирующим факторами. Значения данных факторов колебались от 0 до 1.

Анализ предикторов, включенных в модель, не позволил выявить статистически значимых влияний. Полученный нами отрицательный результат может быть объяснен относительно небольшой долей неудовлетворенных содержанием медицинского труда при практически единодушном недовольстве его низкой оплатой, применяемыми методами экономического стимулирования и социальной поддержки государства. Вместе с тем, нельзя исключить и недостаточно полный учет признаков, включенных нами в математическую модель оценки взаимного влияния изучае-

Таблица 4. Взаимосвязь между социально-демографическими признаками и удовлетворенностью медицинским трудом

Признак	Однофакторная логистическая регрессия			Многофакторная логистическая регрессия		
	ОШ	95 %ДИ	p-уровень	ОШ	95 %ДИ	p-уровень
Возраст, годы	0,99	0,980 – 1,014	0,726	0,99	0,974 – 1,009	0,321
Пол:						
- мужской	1,00	–	–	1,00	–	–
- женский	2,34	1,403 – 3,902	0,001	1,69	0,847 – 3,336	0,137
Должность:						
- зав.отделением	1,00	–	–	1,00	–	–
- врач	1,01	0,420 – 2,403	0,992	0,91	0,371 – 2,204	0,825
- медсестра	2,04	0,892 – 4,644	0,091	1,48	0,559 – 3,895	0,432

Примечание: * ОШ — отношение шансов. Зависимая переменная “удовлетворенность работой” закодирована, как 1 — удовлетворен, 2 — не удовлетворен.

мых факторов на удовлетворенность трудом. С целью более полного их представления и систематизации мы провели дополнительную аналитическую работу и специальные математические расчёты (табл. 4, 5). Все возможные предикторы удовлетворенности работой отбирали с поправкой на пол, возраст и занимаемую должность. Вначале был выполнен однофакторный логистический регрессионный анализ, затем — многофакторный множественный регрессионный анализ.

Однофакторная логистическая регрессия показала, что пол связан с удовлетворенностью/не удовлетворенностью работой. Оказалось, что у женщин по сравнению с мужчинами в 2,3 раза увеличивается вероятность быть неудовлетворенными ею. Однако когда полученные нами данные мы скорректировали с учетом возраста и занимаемой должности, то данная связь исчезла. Поэтому мы не можем однозначно утверждать, что женщины чаще мужчин не удовлетворены выполняемой работой. Скорее всего, как те, так и другие, независимо от возраста и занимаемой должности в равной степени будут удовлетворены/не удовлетворены своим трудом.

Поскольку анализ проведен с коррекцией на конфаундеры “возраст”, “пол” и “должность”, поэтому полученные результаты могут быть отнесены ко всем медицинским работникам независимо от их пола, возраста и занимаемой должности.

Более полный учет признаков, предположительно способных оказывать влияние на удовлетворенность медицинским трудом, позволил выявить дополнительные характеристики содержания труда, подтвердив теоретическое предположение о его влиянии на удовлетворенность им. Как и следовало ожидать, на удовлетворенность трудом влияет тип отношений, складывающийся между медицинскими работниками и пациентами. У медицинских работников, предоставляющих пациентам информацию о состоянии здоровья и методах лечения и позволяющих им самостоятельно принимать решения, в 2,23 раза увеличивается шанс быть неудовлетворенными работой в отличие от сво-

их коллег, либо единолично принимающих все решения и ожидающих от пациентов беспрекословного их выполнения, либо предоставляющих пациентам информацию о методах лечения и убеждающих их в необходимости определенного выбора (партнерский тип отношений). Возможно специалисты, использующие наименее распространенную модель взаимоотношений с пациентами, пытаются привлечь их к принятию решений для повышения их личной ответственности за результат лечения. Учитывая выявленные нами особенности медицинского поведения психически больных, рассчитывать на эффективность такого типа отношений не приходится. Исходя из этого, становится вполне понятной неудовлетворенность трудом медицинских работников использующих информационный тип отношений.

Очень важной характеристикой медицинского труда является необходимость ведения большого количества медицинской документации. Ее тщательное оформление, с одной стороны, существенно уменьшает время общения с пациентами, а с другой, является непременным условием формирования у врачей способностей к клиническому мышлению (точность, логичность, последовательность и обоснованность заключений), у медицинских сестер — выработка навыков своевременной регистрации выполняемых медицинских назначений и происходящих в связи с этим в состоянии больных позитивных или негативных изменений. По нашим данным, оформление большого количества медицинской документации снижает шанс быть удовлетворенным работой в 1,61 раза.

Еще одной особенностью медицинского труда является его стрессогенность, высокая психо-эмоциональная напряженность, часто сопровождающаяся возникновением синдрома эмоционального выгорания. Его суть заключается согласно определению ВОЗ [6] в физическом, эмоциональном или мотивационном истощении. Оно проявляется снижением продуктивности работы, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям. Вре-

Таблица 5. Факторы, влияющие на удовлетворенность/неудовлетворенность медицинским трудом

Признаки	ОШ*	95 %ДИ	p-уровень
1	2	3	4
<u>Модель взаимоотношения с пациентом:</u>			
- патерналистский	1,00	–	–
- партнерский	0,70	0,181 – 2,721	0,608
- интерпретационный	1,59	0,980 – 2,582	0,060
- информационный	2,23	1,032 – 4,815	0,041
<u>Оценка взаимоотношения с пациентом:</u>			
- полное доверие	1,00	–	–
- частичное доверие	1,28	0,779 – 2,117	0,326
- отсутствие доверия	1,42	0,718 – 2,808	0,313
<u>Ощущение власти над пациентом:</u>			
- да	1,00	–	–
- нет	1,00	0,535 – 1,874	0,996
- затрудняюсь ответить	1,08	0,237 – 4,947	0,918
<u>Оценка соотношения прав и обязанностей у медицинских работников и пациентов:</u>			
- “у пациентов прав больше, чем у врачей”	1,00	–	–
- “у врачей прав больше, чем у пациентов”	0,84	0,465 – 1,524	0,570
- “у пациентов и врачей равные права”	0,54	0,273 – 1,064	0,075
- “пациенты, и врачи бесправны”	1,26	0,619 – 2,562	0,524
<u>Необходимость регламентации отношений между медицинскими работниками и пациентами:</u>			
- да	1,00	–	–
- нет	1,15	0,750 – 1,775	0,514
<u>Условия и содержание медицинского труда:</u>			
- размер заработной платы	0,87	0,565 – 1,344	0,533
- условия труда	1,00	0,647 – 1,545	1,000
- отношения с руководством	1,64	0,748 – 3,613	0,216
- отношения с коллегами	0,79	0,167 – 3,734	0,766
- возможность профессионального роста	0,78	0,385 – 1,596	0,502
- организация труда	1,18	0,485 – 2,863	0,718
- экономическое стимулирование	0,71	0,442 – 1,135	0,151
- отсутствие лечебно-диагностической аппаратуры	0,77	0,391 – 1,523	0,455
- социальная поддержка государства	1,86	1,205 – 2,871	0,005
- правовая защита	0,75	0,461 – 1,214	0,240
<u>Особенности медицинского труда:</u>			
- жесткая регламентация деятельности	0,98	0,651 – 1,483	0,935
- возможности карьерного роста	1,68	0,926 – 3,048	0,088
- ведение большого количества медицинской документации	1,61	1,380 – 1,980	0,049
- неодобрительное отношение к конфликтам в коллективе	1,44	0,926 – 2,250	0,105
- снисходительность администрации к работе персонала	0,40	0,134 – 1,192	0,100
- совместное с руководством отстаивание прав	2,38	0,184 – 30,715	0,507
<u>Частота возникновения конфликтных ситуаций между сотрудниками (за последний год):</u>			
- постоянно	1,00	–	–
- часто	0,91	0,296 – 2,804	0,871
- иногда	1,08	0,394 – 2,954	0,882
- редко	0,91	0,340 – 2,452	0,856
- никогда	1,10	0,394 – 3,092	0,850

Детерминанты удовлетворенности трудом специалистов психиатрической службы

Продолжение табл. 5

Признаки	ОШ*	95 %ДИ	p-уровень
1	2	3	4
<u>Основные причины возникновения конфликтных ситуаций:</u>			
- стиль руководства	0,90	0,539 – 1,516	0,703
- распределение функциональных обязанностей	0,99	0,639 – 1,549	0,982
- материальное стимулирование	1,41	0,917 – 2,172	0,117
- профессионализм некомпетентных работников	0,90	0,533 – 1,526	0,700
- условия труда	0,93	0,579 – 1,508	0,782
- дополнительное обучение	1,88	0,589 – 5,997	0,286
- конфликтная личность в коллективе	0,80	0,494 – 1,299	0,368
<u>Наличие друзей на работе:</u>			
- да	1,00	–	–
- нет	0,892	0,669 – 1,188	0,433
<u>Влияние наличия друзей в коллективе на качество работы:</u>			
- да, улучшает	1,00	–	–
- да, ухудшает	0,615	0,349 – 1,086	0,094
- нет	0,837	0,479 – 1,460	0,837
<u>Предъявление противоречивых/ завышенных требований:</u>			
- постоянно	1,00	–	–
- редко	0,32	0,134 – 0,770	0,011
- никогда	0,38	0,140 – 1,036	0,059
<u>Причины обращения к руководителю:</u>			
- служебные вопросы	1,00	–	–
- рациональные предложения	0,64	0,411 – 1,012	0,056
- личные вопросы	0,74	0,376 – 1,469	0,394
<u>Всегда ли Вы получаете от руководства требующуюся помощь и поддержку:</u>			
- всегда	1,00	–	–
- иногда	1,29	0,842 – 1,971	0,243
- никогда	1,28	0,425 – 3,882	0,657
<u>Основные качества руководителя:</u>			
- требовательность	0,72	0,442 – 1,172	0,186
- ответственность	0,85	0,503 – 1,453	0,562
- строгость	0,58	0,312 – 1,074	0,083
- чуткость	0,94	0,589 – 1,515	0,812
- компетентность	0,72	0,385 – 1,362	0,317
- справедливость	1,10	0,648 – 1,868	0,723
- отзывчивость	0,75	0,492 – 1,134	0,170
- обаяние	1,14	0,674 – 1,916	0,631
<u>Внимание руководителя работе отделения:</u>			
- да	1,00	–	–
- нет	0,71	0,446 – 1,115	0,135
<u>Как организован процесс оказания медицинской помощи в ЛПУ:</u>			
- хорошо	1,00	–	–
- удовлетворительно	1,00	0,609 – 1,649	0,993
- плохо	0,74	0,412 – 1,346	0,328
<u>Хотели бы улучшить свои взаимоотношения:</u>			
- с коллегами по работе	1,26	0,791 – 1,996	0,334

Признаки	ОШ*	95 %ДИ	p-уровень
1	2	3	4
- с руководством	0,94	0,592 – 1,499	0,802
- с пациентами	1,36	0,767 – 2,421	0,292
- с членами семьи	1,01	0,568 – 1,796	0,974
- отношения не требуют улучшения	0,79	0,509 – 1,219	0,284
<u>Неблагоприятные условия труда, воздействующие на эффективность работы:</u>			
- мышечное напряжение, вызванное рабочей позой	1,05	0,657 – 1,669	0,848
- сквозняки	1,33	0,820 – 2,173	0,245
- низкая температура воздуха	1,31	0,821 – 2,105	0,255
- высокое нервно-психологическое напряжение	1,13	0,669 – 1,904	0,650
- неэстетичный вид рабочего помещения	1,01	0,636 – 1,597	0,974
- недостаточная площадь	1,46	0,669 – 3,192	0,341
- недостаточная освещенность рабочего места	1,65	0,951 – 2,855	0,075
- запыленность воздуха	1,17	0,645 – 2,141	0,599
<u>Удовлетворенность условиями труда:</u>			
- полностью	1,00	–	–
- частично	0,88	0,486 – 1,603	0,683
- нет	1,27	0,601 – 2,702	0,528
<u>Симптомы стресс-реакции:</u>			
- плохое настроение	1,36	0,874 – 2,125	0,172
- головная боль	1,60	1,000 – 2,566	0,050
- повышенное артериальное давление	1,88	1,097 – 3,217	0,022
- сонливость, апатия	1,32	0,817 – 2,134	0,256
- не испытываю стресс	0,58	0,365 – 0,925	0,022
<u>Способы преодоления стресс-реакции:</u>			
- курю	0,76	0,479 – 1,205	0,243
- употребляю алкоголь	1,55	1,010 – 2,373	0,045
<u>Удовлетворенность питанием:</u>			
- да	1,00	–	–
- нет	1,16	0,693 – 1,951	0,567
<u>Состояние здоровья:</u>			
- хорошее	1,00	–	–
- удовлетворительное	0,96	0,587 – 1,565	0,865
- неудовлетворительное	1,70	0,603 – 4,817	0,315

Примечание: * ОШ — отношение шансов, скорректированное по возрасту, полу и должности. Зависимая переменная “удовлетворенность работой” закодирована, как 1 — удовлетворен, 2 — не удовлетворен. В-14 — каждая категория переменной закодирована 0 — устраивает, 1 — не устраивает. В-15, В-17, В-27, В-31, В-32, В-34 — каждая категория переменной закодирована 0 — нет, 1 — да. В-36, В-38 — каждая категория переменной закодирована 1 — да, 2 — нет.

менное облегчение его симптомов достигается употреблением алкоголя или других психоактивных средств. У медицинских работников, реагирующих на профессиональные стрессы головной болью, повышением артериального давления шанс быть неудовлетворенным работой увеличивается в 1,60 и 1,88 раза. И, следовательно, если медицинский работник не испытывает стресс на рабочем месте, то шанс быть удовлетворенным работой увеличивается в 1,72 раза. Пол-

ный отказ от употребления алкоголя увеличивает шанс быть неудовлетворенным работой в 1,55 раза. Алкогольные напитки являются пищевыми продуктами, польза которых определяется культурой их потребления. Когда говорят и пишут о вреде алкогольной продукции, то это относится в большей степени к отсутствию культуры их потребления и в первую очередь меры. Употребление алкогольных напитков в допустимых количествах помогают расслабиться, как

следствие является профилактикой синдрома эмоционального выгорания и, тем самым, повышается удовлетворенность от работы.

Синдром эмоционального выгорания расценивается как стресс-реакция в ответ на предъявление к работнику завышенных требований [5]. М. Olkinuora, et al. (1990) отнесли медицинским работникам, работающим в психиатрии к специалистам с высоким уровнем выгорания [6]. По нашим данным, в случае, когда неясные или завышенные требования к медицинскому работнику предъявляются редко (по сравнению с постоянными противоречиями), шанс быть удовлетворенным от работы увеличивается в 3,13 раза.

Основополагающим фактором, влияющим на удовлетворенность работой медицинских работников, является социальная поддержка со стороны государства. При ее недостаточности шанс быть неудовлетворенным от работы возрастает в 1,86 раза. Наши данные подтверждают выводы Гребенюк М. О. [1] о том, что социальная защищенность является для медицинских работников одним из мотивов профессиональной деятельности. Она воспринимается большинством как возможность получения от своего медицинского учреждения медицинской и иной помощи для себя, своих родных и близких. Оплата дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи, необходимости повышения зарплат, жилищного строительства.

Таким образом, подводя итоги проведенного исследования, прежде всего, следует обратить внимание на тот факт, что, во-первых, нами подтверждены теоретические предположения двухфакторной модели мотивации труда Ф. Герцберга относительно влияния гигиенического и мотивирующего факторов на удовлетворенность трудом. Группа гигиенических факторов, включает в себя социальную поддержку медицинских работников со стороны государства. При ее неудовлетворительной оценке шанс быть неудовлетворенным от работы возрастает в 1,86 раза. В тоже время группа мотивирующих факторов, включающих в себя психологическую составляющую личности (симптомы синдрома эмоционального выгорания): отсутствие стресса (1,72), головная боль (1,60) и повышение АД (1,88). При неупотреблении алкоголя медицинскими работниками психиатрической службы шанс быть неудовлетворенными работой увеличивается в 1,55 раза.

Во-вторых, наиболее влияющие на эффективность лечения, партнерские отношения в 2,23 раза увеличивают шансы быть неудовлетворенными работой. Возможно, данная модель взаимоотношений между участниками лечебно-диагностического процесса эффективна при сформировавшемся доверии к лечащему врачу, убежденности в успехе лечения и

осознанной готовностью пациента сотрудничать с медицинским персоналом. В противном случае эффективность большинства терапевтических мероприятий снижается и как следствие снижается удовлетворенность медицинским трудом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гребенюк М. О. Социальная защита врачей как профессиональной группы: дис. к.м.н. — Волгоград, 2010. — 161 с.
2. Гришечкина Н. В., Меджлумян С. А. Образ идеального врача в контексте плюрализма коммуникационных моделей в медицине. Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. — М.: РОС, 2012. — 1 CD ROM.
3. Решетников А. В., Ефименко С. А. Проведение медико — социологического мониторинга: учебно — методическое пособие. — М.: ГЭОТАР — Медиос, 2007. — 160 с.
4. Светличная Т. Г., Смирнова Е. А. Удовлетворенность трудом медицинских работников психиатрических больниц и факторы, ее ороделяющие // Независимый психиатрический журнал. № 4, 2014, С. 68 – 75.
5. Федак Б. С. Синдром выгорания у медицинских работников // Медицинская психология [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/pdf/2007/3/3> (Дата обращения 01.08.2014).
6. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция. — Киев: Сфера, 2004. — 272 с.
7. Ястребов В. С., Митина О. А. Специалисты психиатрического коллектива: особенности работы, профессиональное взаимодействие, личностные характеристики и межличностные отношения: Методические рекомендации. — М.: МАКС Пресс, 2012. — 28 с.
8. Andersen R. M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services // Research Series. № 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968.
9. Bodur S. (2002). Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. Occupational Medicine (Oxford, England), 52:353 – 355.
10. Callaghan M. (2003). Nursing morale: what is it like and why? Journal of Advanced Nursing Nursing, 42:82 – 89.
11. Franco L. M. et al. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Social Science and Medicine, 54:1255 – 1266.
12. Franco L. M. et al. (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. Social Science and Medicine, 58:343 – 355.
13. Junious D. L. et al. (2004). A study of school nurse job satisfaction. Journal of School Nursing, 20:88 – 93.
14. Olkinuora M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians // Soc. Psychiat. Epidemiol. — 1990. — Vol. 25. — P. 81 – 86.
15. Phillips K. A., Morrison K. R., Andersen R. M., Aday L. A. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization // Health Services Research. 1998. Vol. 33. № 3.
16. Sararaks S., Jamaluddin R. (1999). Demotivating factors among government doctors in Negeri Sembilan. Medical Journal of Malaysia, 54:310 – 319.
17. Yaktin U. S. et al. (2003). Personal characteristics and job satisfaction among nurses in Lebanon. Journal of Nursing Administration, 33:384 – 390.

О границах и последствиях использования нравственных оценок при диагностике личностных аномалий

Б. В. Воронков (Санкт-Петербург)

Автор обсуждает роль эволюционной генетики в становлении морали как продукта эволюции человека, выясняет возможность использования нравственных оценок при диагностике психопатий.

Ключевые слова: совесть, психопатия, эволюционная генетика.

С точки зрения приверженцев конституционального подхода к проблеме психопатий¹ (к ним относит себя автор статьи) психопатическая личность с самого детства сохраняется неизменной, мало поддающейся влияниям и плохо приспособляющейся к обстоятельствам. Отдельные черты характера гипертрофированы до карикатурности, что осложняет общение, ведет к постоянным конфликтам. Суть психопатии не только в том, что некоторых черт характера “слишком много”, но и в том, что с этим “многим” не справляются такие ограничители, как разум, совесть и страх. Гипертрофированными могут быть не только эгоизм и подозрительность, хвастовство и жестокость, тщеславие и лживость, то есть те черты, которые принято считать негативными. Альтруизм и доверчивость, великодушие и самоотверженность, щедрость и особенно правдивость в очень больших дозах создают разного рода ситуационные неудобства и стремление дистанцироваться от чересчур положительного человека, тем более, что тесное общение с “идеалом” понуждает к усилиям как-то ему соответствовать. Добро в большой концентрации вообще редко бывает привлекательным. Чрезмерность его подозрительна и несет угрозу социальной гармонии. Созвездие исключительно положительных качеств образует не личность, а бесплотную схему. Более того, сгущение добродетелей соседствуют с ограниченностью и некоторой туповатостью, в то время как большие и маленькие слабости если не создают характер, то, по крайней мере, наделяют его индивидуальностью, а, главное, узнаваемостью и земной теплотой.

Несмотря на то, что психиатрический интерес обращен, в основном, к разного рода негативным чертам аномальных характеров, критерий социальной приемлемости ненадежен, что следует из вышесказанного, тем более, что, будучи социологическим, имеет к медицине весьма отдаленное отношение, и вреден, поскольку открывает широкие возможности для отождествления социально неудобных личностей с психопатами.

¹ Автор намеренно не пользуется термином “расстройство личности”, поскольку это прегит его клиническому и литературному вкусу.

Психопатия — многослойный феномен. Ее основу составляет конституционально обусловленный примат эмоционально-волевой сферы над другими сторонами личности. Именно это определяет слабый контроль над побуждениями, стиль поведения и такие качества личности как общий эмоциональный тонус, экстра- и интравертированность, инфантилизм и эгоизм, вязкость и взрывчатость, непреклонность и односторонность, хрупкость и толстокожесть, слабость интуиции и пр. Эти базовые биологические характеристики, естественно, не могут быть предметом нравственных оценок.

В качестве “надстроечных” выступают уже в некоторой степени определяющие отношение к миру и людям мрачность и жизнелюбие, общительность и закрытость, мечтательность и прагматизм, подозрительность и застенчивость, обидчивость, нудность, страстность, артистизм и т.п. Названные характеристики более “психичны” и социальны, но в целом тоже нравственно нейтральны.

Еще более социальные и вполне поддающиеся этическим оценкам, уже позволяющие судить о качестве личности лицемерие и хвастовство, упрямство и лживость, разнузданность и авантюризм, отзывчивость и дружелюбие, деликатность и правдивость, завистливость и жестокость могут встретиться при любой психопатии, но все же тяготение к определенным типам прослеживается достаточно четко. При этом, жесткой и прямой связи между конкретным психотипом и нравственным его содержанием не существует.

Можно предположить, что те, кто страдает от своего характера (психастеники и сенситивы особенно), кому трудно с самим собой, тот более открыт для нравственных посылов и запретов. В широком смысле страданием вполне могут считаться недовольство собой и постоянное самоедство, сомнения и неуверенность в себе, хрупкость, ранимость, хроническое пребывание в обиженном состоянии, переживание собственной слабости, неполноценности, то есть корневые свойства сенситивных и тревожных натур.

В статье “Родословная альтруизма”, опубликованной в 10 номере “Нового мира” за 1971 год, В. П. Эфроимсон с позиций эволюционной генетики изложил точку зрения, согласно которой нравственность является продуктом эволюции человека и условием ее уско-

ренного продолжения, чему способствовал мощнейший механизм естественного отбора, обеспечившего быстрый рост системы инстинктов и эмоций, на которую опирается совесть. Под названиями “совесть”, “альtruизм” автор предлагал понимать всю ту группу эмоций, которая побуждает человека совершать поступки, лично ему непосредственно невыгодные и даже опасные, но приносящие пользу другим людям. Процесс становления морали, по его мнению, оказался эволюционно выгодным, поскольку помогал выигрывать соревнование за дарвинистское выживание. В. П. Эфроимсон выводит генетическую, стало быть, биологическую детерминированность совести, в частности, и морали, в целом. Именно это стало первой вехой, отделившей человека от животного. Второй стало стремление ко лжи и искусству.

Эволюция разделила человечество на род людей — прямоходящих, пользующихся орудиями труда и не очень обременяющих себя самостоятельными размышлениями (сегодня мы их называем конформными) и вид людей — разумных, у которых уже начали формироваться понятия сакральности смерти и жизни, в которых высока была степень солидарности и жертвенности особей и на многие десятки тысяч лет противопоставила тех и других, создав ощущение групповой и индивидуальной чужеродности. Это противопоставление и сегодня сохраняет свою силу. У первых, и в наши времена, представления о добре и зле и нравственности в широком смысле однобоки, а если называть вещи своими именами, достаточно убоги.

Традиции морали, приобретавшие специфический облик в разных человеческих сообществах, не способствовали, а скорее препятствовали их сближению, оставляя стойкое ощущение себя “другими” по отношению к ведущим себя иначе, поклоняющимся иным идолам и богам. Следует сказать, что в самом термине “толерантность” плохо скрыта взаимность этого ощущения. Это ощущение мягко соприкасается с чувством одиночества, знакомого даже единоверцам с общими моральными традициями, проживающим свою жизнь вроде вместе и рядом с близкими, но в экзистенциальном смысле все-таки отдельно или почти отдельно, понимающим, что никто не чувствует чужую боль также остро, как свою и никакое сочувствие не может быть ее эквивалентом, глубоко страдающим, осознавая такое мироустройство с неизбежной перспективой “умереть в одиночку”. Не грех перефразировать “Смерть Ивана Ильича”.

Человечество на заре своего существования вступило на путь, разделивший его на несколько антропологически непримиримых социальных групп, принципиально непостижимых друг для друга. Даже у отягощенных моральными кодексами сообществ добро и зло для своих и чужих (“других”?) понимается не всегда одинаково. И этот привет из седого прошлого определяет настоящее. А как быть с миллионами, для которых нравственные категории — всего лишь звуки

из незнакомых языков? И неизвестно, что разделяет людей сильнее — чужая цивилизация (чужие боги, идолы, мораль) или вообще отсутствие этих понятий.

Цивилизаторская миссия выглядит наивной. Цивилизуемый точит нож на миссионера, крестьянин обдумывает как обмануть, а лучше убить помещика, а, главное, как сжечь его добро, бедный как обобрать богатого. Альберт Швейцер, мать Тереза, Мартин Лютер Кинг, Махатма Ганди, к сожалению, не определяют нравственный климат планеты.

Религиозные доктрины, появившись примерно через 500 тысяч лет после зарождения начатков морали упорно настаивают на божественном ее происхождении, зафиксированной в заповедях, данных Моисею и в Нагорной Проповеди Христа. Психически здоровому человеку инстинкт говорит: “не убий”. При отсутствии очень серьезных к тому причин. Инстинкт, а не воспитание, тем более религия. И говорит он это и во все незнакомым с Библией или задолго до ее прочтения. Значит “этот инстинкт родился до заповеди... больше того он сам ее и породил” (В. Войнович). Это к вопросу о божественном происхождении морали, зафиксированной в заповедях, ее первичности и т.д.

Ф. Ницше, кстати, связывал осознание человеком страдания и слабости с принятием любви, терпения, смирения, прощения и милосердия в качестве новых нравственных категорий и зарождением на их основе христианства как религии совести и сострадания. При этом история всех без исключения религиозных учений (давняя и современная) наглядно демонстрирует оправдание ими конкретного зла во имя достаточно абстрактного добра. Мировые религии вместо декларируемой всеобщей любви и справедливо ожидаемого сближения и гармонии чрезвычайно активны в разъединении паствы, вероятно из страха потерять над нею власть и в жестокости к адептам, усомнившимся в незбылемости каких-либо аксиом вероучения.

Попутно следует отметить, что совесть, милосердие, способность к состраданию вполне могут характеризовать личность просто приличных людей, зачастую очень далеких от религии.

Проблемы нравственной эволюции отдельного человека (гармонического или аномального) и человечества, в целом, настолько многоаспектны, что расползаются по тексту подобно гоголевским ракам и, естественным образом, принуждают автора к небольшим отступлениям, не выходящим, по его мнению, слишком далеко за жесткие рамки заявленного названия статьи.

Борьба воплощенного в совести добра с древней биологией предопределены эволюционно-исторически и неотменимы вместе с неотменимостью самой природы человека. В преформированном виде они отражены в апокалиптических библейских ристалищах и грандиозных схватках борьбы добра со злом при “шизоаффективных” психозах. Мировая культура (литература, в частности) не только прекрасно эту

борьбу иллюстрирует, но и в гениальных своих образах сохраняет надежду на победу добра. Булгаковский Воланд, будучи дьяволом, вообще наделен некоторыми атрибутами бога. Взаимодополняемость добра и зла воплощены в нем в диалектическом единстве. У Булгакова Воланд олицетворяет судьбу, неотвратимо и немедленно карающую Берлиоза за пропаганду атеизма, Сокова с его осетриной второй свежести и других, престающих нормы христианской морали. Это первый дьявол в мировой литературе, наказывающий за несоблюдение заповедей Христа. Видимо, надеясь на конечное избавление, веками мучается прикованный Прометей, благодетель человечества, давший людям (и, надо думать, себе тоже) светлую надежду и не клянет поэтому ни олимпийских богов оптом и в розницу, ни Гефеста с его цепями, ни педантичного орла, ни неторопливого Геракла, ни, тем более, всю пользующихся его благодеяниями, смертных. Красивый миф, но, похоже, что в древнегреческом сознании воздаяние за альтруистичность могло быть не обязательно прямым и непосредственным. Тогда как ветряные мельницы празднуют победу на наших глазах, торжество воплощенного, в том числе, в совести добра не так зримо и вещественно, отложено обычно “на потом”; донкихоты пируют, как правило, и, к сожалению, существенно позже, хорошо, если не на небесах, а чаще именно там. Кстати, душу Фауста ангелы уносят на небо, и Мефистофель признает проигрыш — “прожженный старый черт... сыграл к концу такого дурака!”.

Розовым оптимистам и мрачным скептикам предоставлена широкая площадка для фехтования. Автор отдает себе отчет в определенной вероятности конечной моральной победы всяческих несущих добро икаров, соколов и сверчков, не желающих знать своего шестка. Жертвы их, наверное, не напрасны. Гимны их безумству обязательно будут пропеты, но почему-то потом. Почему, все-таки? В историческом аспекте то, что сегодня, опрокидывая и взрывая устоявшиеся каноны, воспринимается дерзким отчаянием и безрассудной глупостью, обеспечивает прогресс человеческой цивилизации. “А кто живет, не делая безрассудств, не так умен, как кажется” (хорошее французское выражение). А все-таки грустно, что прогресс оборачивается жертвами, часто колоссальными, именно сегодня, откладывая триумфы добра и воздаяния за жертвы на отдаленное будущее (зачастую призрачное), в полном соответствии с циничной в данном контексте русской пословицей “кто старое помянет...”. Впрочем, вправе ли мы рассуждать о прогрессе человечества, если он не несет возобладания добра над злом в конкретной душе? Злорадство и ликование толп, поводом для которых стало черное горе огромного числа пострадавших 11 сентября 2001 года и множество подобных примеров в новейшей и совсем недавней истории (России, в том числе) наводит на грустные размышления.

Имя лишенным совести, не помнящим добра, равно как и причиняемого ими зла — легион. Булгаков один, Воландов не напасешься. Волшебник из “Обыкновенного чуда” говорит замечательные слова: “Все будет хорошо, все кончится печально”. Самым большим оптимистам стоит прочесть у Высоцкого “Чужой дом”. Впрочем, будущее покажет. Может быть, не нам. Хорошо бы не нам.

К сожалению или нет, человечество не эволюционирует по Спенсеру одномерно и постепенно. Даже в рамках одной конфессии западному католическому и протестантскому миру Достоевский противопоставил российское сословие, названное им “богоносным”. Как быстро и легко, задолго до страшных репрессий, гонений и страданий, был развращен психологический тип столь возлюбленного великим писателем русского “богоносца”, оставив, как сказано где-то у Ницше: “чернь сверху, чернь снизу...”. “Обыватель присел” — презрительно-точное наблюдение Горького. Вполне в духе его отношения к обывателю. Права Ахматова: “Христианство на Руси ещё не проповедано”. Крепко спит “богоносец”, оглашая во сне ближние и дальние окрестности не очень (слава богу пока) целенаправленным рыком. Вполне возможно, что нашим детям (а вдруг уже нам, не дай-то боже!) суждено увидеть пробуждение агрессивного архаического чудовища, далекого от идей В. П. Эфроимсона, несущего в себе гниение и распад или того хуже — обломки, руины и пепелища.

Филогенетически более новое в природе человека (совесть, в частности) ох, как часто (слова богу, не всегда) пасует перед филогенетически более древними инстинктами.

По мнению Бена Карпмена (США, 40-е годы) наличие совести — базы высших эмоций, исключает диагноз психопатии. Отсутствие у психопатов, как он считал, высших эмоций позволило ему ввести для их обозначения термин “анэтопаты” и выделить 2 их типа: агрессивно-хищнический и пассивно-паразитический. Последователь Карпмена Роберт Миллер предложил для диагностики психопатии короткую формулу: “Нет совести — психопат, есть совесть — не психопат”. В соответствии с формулой Миллера психопатами (по Карпмену — анэтопатами) должны считаться революционеры, провозгласившие совесть химерой, а нравственным все, что полезно для революции. Наряду со специфическим пониманием социальной справедливости (“отнять и поделить”) лозунг “совесть — химера” оказался очень близким и понятным широким революционным массам (отчего бы это?). Не станем же мы ставить коллективный диагноз. Стало быть, Карпмен прав только отчасти.

Среди революционеров, как, кстати, и среди склонных к криминалу, процент номенклатурно разнообразных аномальных личностей, вероятно, выше, чем в среднем в популяции. При этом наличие или отсутствие совести, равно как стремление к власти, к

управлению людьми и распоряжению их жизнями, революционная или криминальная активность обязывают не к диагностике психопатии, а всего лишь к дифференциальной диагностике с нею. Положения Б. Карпмена и Р. Миллера вполне справедливы и прекрасно работают при диагностике т.н. антисоциальных, анэтических, морально-тупых, нравственно-дефектных психопатий. Это единственная разновидность психопатии, где кроме традиционных критериев диагностики мы используем моральный — отсутствие совести. Недаром и обозначен такой психопат — нравственно дефектным. Будучи заложником своего характера, он остается в медицинском и юридическом смысле здоровым человеком. Антисоциальное поведение с большой вероятностью должно привести морально-дефектную личность к конфликту с законом. Эти, по определению Э. Крепелина, “враги общества” знают разницу между добром и злом, вполне вменяемы и перед законом ответственные.

Из-за отсутствия единого диагностического подхода трудно судить о реальной распространенности нравственно-дефектных личностей. Возможно это природой установленная константа, по-разному представленная в разных этносах, а может быть она универсальна для человечества в целом. Вполне отдавая себе отчет в субъективности любых впечатлений, не опирающихся на широкие исследования, позволю себе высказать мнение, что анэтические личности на российских равнинах, к сожалению, явление достаточно заметное. Лучше всего эта публика адаптируется в тюрьме и во власти.

Как нам известно, морально-дефектным психопатам неведомо чувство вины и ничто не побуждает их к раскаянию. Любопытно, в связи с этим, доступно ли им переживание идей виновности хотя бы в психозе? Может быть, депрессия — печальная привилегия приличных людей? Может быть, бессовестные лучше защищены от психических расстройств? Понятия страдание и, тем более, сострадание им чужды, равно как чувства вины, стыда, и т.п.

Между страданием и способностью к состраданию жестких корреляций нет. Счастливый и богатый может быть и открыт, и глух к чужим бедам. В свою очередь, избыток страданий может определять прошлое как праведника, так и человеконенавистника. Индивидуальная восприимчивость к этическим положениям, у конкретных людей разная и, несомненно, биологически детерминирована. Сенситивность и психастеничность, возможно, предрасполагают, но ни в коей мере не обязывают к восприятию и усвоению нравственных постулатов. Нравственный — не обязательно много страдавший, но обязательно — совестливый.

Совесть, этот универсальный регулятор поведения, распределен среди людей, в том числе среди психопатических личностей, не поровну. И там, где он плохо срабатывает, включается другой ограничитель —

страх. Даже обделив кого-то совестью, умная природа почти всех наделила инстинктом самосохранения (в данном контексте — синонимы его страх или разум). Что касается страстей и желаний (побудительных мотивов поступков), то они вне нравственных оценок, искоренению не подлежат, поскольку являют собою природу человека. Но, направляя поведенческую стратегию, реализуются они в формах, определяемых его цивилизованностью, культурой и нравственными императивами. Подразумевается, что так и должно быть и хотелось бы в определении этой самой стратегии диктата исключительно вышеназванных категорий — нравственности, культуры и пр. С другой стороны, поступок и поведение как совокупность поступков — есть результат мучительной борьбы страха с совестью. Поступку предшествует побуждение, которое, как мы знаем, движимо желаниями, страстями, потребностями, намерениями. Слаб человек. Желания и страсти часто оказываются сильнее “нравственного закона внутри нас” (И. Кант). И даже самые благие намерения не обязательно влекут за собой достойное поведение. Более того, давно известно, чем именно выслана дорога в ад. Говоря проще, чем сильнее желание, тем стоворчивее совесть. Что касается разума, то поскольку нейтрализовать, купировать чувства или уменьшить желания он не может, роль его сводится либо к предостережению о последствиях (здесь разум выступает в облике страха), либо к помощи в осуществлении этих желаний, ну и почти всегда к последующему их оправданию. Вышесказанное касается как аномальных, так и вполне гармоничных личностей. Отклоняющееся от нравственных норм поведение психопата может быть весьма специфическим, окрашенным соответственно особенностям почвы, но, при наличии вменяемости, во многом зависит от того, насколько психопат позволяет себе быть психопатом, то есть руководствоваться побуждениями своего характера, в какой мере “доброкачественность” личности или страх больших потерь определяют рисунок поведения. Возможно, именно в зависимости от степени влияния на поведение совести и страха психопат позволяет или не позволяет себе в определенных обстоятельствах проявлять свои специфические особенности.

Моральные оценки допустимы в работе юристов, педагогов, психологов. Использование психиатром моральных оценок в диагностическом процессе неправомерно и неверно методологически. Одним из последствий такой практики стало отождествление антиобщественного с психопатическим и психопатоподобным, в основе которых лежит не мировоззренческий и не моральный, а биологический дефект. Для оценки клинического состояния человека не важно, полезно окружающим его поведение или вредно. Моральная приемлемость или неприемлемость поступка как критерии патологии размывают и без того не очень четкую границу между болезненным и не бо-

лезненным. Нравственность и патология — вещи качественно разнородные.

Итак, поступки и поведение этически регламентированы, регулируются, как сказано выше, страхом и совестью. В тех несчастных случаях, когда отсутствует и то и другое, поведение в целом предсказуемо, так как определяется побуждениями, которым совестливость и альтруистичность свойственны не слишком часто. Психопаты, даже будучи отклоняющимися от нормы, аномальными, все-таки находятся в рамках диапазона человеческих личностей и в этом смысле патологическими, то есть психически нездоровыми, не являются. Поэтому при диагностике психопатии мы имеем право пользоваться житейскими и психологическими оценками — “мешает жить другим”, “страдает от своего характера сам” (К. Шнайдер) или, по П. Б. Ганнушкину — “характер психопата проявляет себя всегда и всюду”, не меняется с течением времени и т.д. Больными они становятся лишь при декомпенсациях, когда появляется психиатрическая клиника — астения, депрессия, дисфория, возбуждение, сверхценные переживания с кататимностью мышления, то есть развиваются субпсихотические состояния. Понятна абсурдность моральных оценок этих состояний.

Вне декомпенсаций психопаты отличаются от так называемых нормальных личностей лишь “количественными” (к большему или меньшему) проявлениями присущего им, так же как и другим людям (не психопатам), качества характера, и поэтому к ним как людям (но не к их психиатрическим диагнозам!) и к их поведению вполне применимы и житейские, и моральные оценки.

Психопатия как диагноз вне нравственных оценок. Она всего лишь фон как для про — так и для антисоциальных поступков, вполне подлежащих мо-

ральной оценке, а вовсе не их причина. Эпилептоид может разрядить дисфорию и агрессией, и пилкой дров, истероидная личность может самовыразиться как суицидным шантажом, так и подвигом самопожертвования. Жестокость шизоида проистекает не из шизоидной холодности, а из его нравственной установки. Понятия же — эпилептоид, шизоид, психастеник, гипертим и т.д. рассмотрению с позиций этики не подлежат.

Р. С. Понятно, что даже в эволюционно “продвинутых” сообществах палеоантропов не все их члены были награждены (или отягощены?) высокими эмоциями и, стало быть, моралью, совестью, etc. И все-таки, как указывает В. П. Эфроимсон, именно эти сообщества, законно победив в дарвинистском выживании, стали нашими предками. Приходится с большим сожалением констатировать следующее невеселое обстоятельство: очень похоже, что и менее эволюционно “продвинутые” палеоантропы, не отягощенные моральными посылами и запретами, сумели дать немало физически здоровых потомков — наших полноправных бессовестных современников, что является прямым доказательством биологического начала как совести и морали, так и бессовестности и аморальности. Любопытно пофантазировать, как развивался бы род людской, наделенный всеобщей совестливостью? Сбылась бы оптимистическая мечта Маяковского “о едином человечьем общежитии”? Или природой данный дуализм человека с вечной борьбой души с плотью с непредсказуемым результатом делает более актуальными грустные строчки Окуджавы об отношениях со своей душой “Каждый сам по себе: я — себе, он — себе”? Наверняка возможны и другие сценарии. Открывается поле для глубокого научно-художественного исследования, но нет Стругацких.

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

Завершение пути Льва Тарасевича

В. Д. Тополянский

Утром 15 июня 1927 года газета “Правда” сообщила о внезапной кончине “крупнейшего ученого и виднейшего общественного работника в области здравоохранения” профессора Льва Александровича Тарасевича. В своем некрологе нарком здравоохранения Н. А. Семашко подводил читателей к мысли о смерти ученого в результате грудной жабы: “Последние месяцы Л[ев] А[лександрович] хворал. Утомленное сердце отказывалось работать. Народным комиссариатом здравоохранения ему был дан отпуск за границу для лечения. Приходившие оттуда вести говорили о том, что он поправляется. Неожиданно получила телеграмма о его смерти. Умер он 12 июня в Дрездене”. Однако общепризнанный авторитет в области кардиологии, профессор Д. Д. Плетнев (старинный друг Тарасевича) версию наркома не поддержал, хотя и не опроверг; по его словам, покойный “горел в работе и за это горение заплатил преждевременной кончиной”¹. Немного позднее один из самых верных друзей и сподвижников усопшего, профессор П. Н. Диатропов² дополнил невнятную диагностику Семашко и Плетнева, сообщив, что Тарасевича “направили” в санаторий для лечения “тяжелого нервного расстройства, развившегося на почве переутомления”³.

После кремации в Дрездене урну с прахом Тарасевича доставили в Москву 22 июня и в тот же день захоронили на Новодевичьем кладбище.⁴ Поскольку 7 июля того же 1927 года Наркомздрав собирался помпезно отпраздновать 30 лет научной, педагогической и общественной деятельности покойного, ответственные редакторы доброй дюжины медицинских журналов поспешно извлекли из редакционных портфелей давно подготовленные к славному юбилею статьи и, превратив их в некрологи, принялись печатать “мучительные воспоминания о незаменимой потере прекрасного человека и талантливую ученого”⁵.

I

*Как конкистадор в панцире железном,
Я вышел в путь и весело иду...*

Николай Гумилев. Сонет.

Потомственный дворянин Тарасевич родился в Тирасполе (16.II.1868), окончил Кишиневскую гимназию

(1886) и, поскольку его привлекала минералогия, естественный факультет Новороссийского университета в Одессе (1891). Однако, получив соответствующий диплом, он тут же решил посвятить себя самой гуманной профессии и поэтому полтора года проучился в Военно-медицинской академии, но, захирев от сырого климата северной столицы, поступил на медицинский факультет Парижского университета. По завершении высшего медицинского образования Тарасевич возвратился в Россию и, сдав положенные государственные экзамены, служил сверхштатным помощником прозектора на кафедре общей патологии у профессора В. В. Подвысоцкого в Киеве (1898 – 1900), пока неодолимое влечение к самостоятельной научной деятельности не побудило его вернуться в Париж. Недавнему выпускнику Сорбонны сразу же предоставили место в Пастеровском институте, особую притягательность которого обеспечивал, как отмечал впоследствии Тарасевич, “дух научного сотрудничества и истинной дружбы, дух взаимного понимания и общности интересов”⁶. В лаборатории И. И. Мечникова он подготовил и блестяще защитил диссертацию “К учению о гемолизинах”, после чего расстался с Пастеровским институтом, навсегда сохранив привязанность и к самому учреждению, и к его сотрудникам, и с тех пор постоянно носил на галстучке скромный медальон с изображением Пастера.

В России Тарасевича встретили как героя, покорившего доселе неведомое племя гемолизинов. Его немедленно избрали приват-доцентом Новороссийского университета и утвердили в должности штатного прозектора кафедры общей патологии, возглавлявшейся переехавшим из Киева в Одессу профессором Подвысоцким. Почти пять лет (1902 – 1907) Тарасевич читал курс бактериологии и пользовался исключительной популярностью как у студентов (благодаря необъятной эрудиции, мастерскому изложению предмета и богатству языка), так и в обществе преподавателей (как человек на редкость благожелательный и снисходительный к человеческим слабостям, совершенно не способный никому отказать в материальной или моральной поддержке, истинный европеец по речи и манерам, не отвергавший в то же время приглашение коллег позавтракать сваренным в автоклаве картофелем.⁷ Недоброжелателей у него не было нико-

гда, ибо он просто не умел враждовать, и под власть его обаяния попадал почти каждый, кому доводилось хотя бы мимолетно с ним встречаться.

Тем не менее, расположение одесского начальства он утратил довольно быстро, поскольку склонностью к чинопочитанию не отличался и превыше всего ставил чувство собственного достоинства. На заседании медицинского общества при Новороссийском университете 5 апреля 1905 года Тарасевич сделал доклад о проходившем в Москве 21 – 23 марта внеочередном Пироговском съезде по борьбе с холерой. В своем выступлении он не преминул отметить гражданское мужество участников съезда, принявших резолюции о необходимости изменения российского социально-политического строя и реальном осуществлении прав населения на свободу слова, печати, собраний и союзов. В заключение Тарасевич предложил собравшимся почтить вставанием память убитых в Петербурге 9 января, что и было исполнено при возгласах с мест: “Долой самодержавие”. Разгневанный попечитель Одесского учебного округа задумал сгоряча лишить Тарасевича звания приват-доцента, но, поразмыслив, учел нарастание революционного брожения в академических кругах и сперва поостерегся, но 20 мая все-таки отстранил его от преподавания, а 3 ноября того же 1905 года под давлением либеральной профессуры и Правления Пироговского общества восстановил на кафедре. Одесский градоначальник, в свою очередь, вознамерился подвергнуть неблагонадежного приват-доцента административной высылке, но директор Департамента полиции счел представленные ему компрометирующие сведения о Тарасевиче недостаточными и оставил его проступок (доклад о Пироговском съезде) без последствий.⁸ Однако осенью 1907 года, когда революционное движение в стране пошло на убыль, а гонения на явных и скрытых крамольников усилились, Тарасевич покинул Одессу и переехал в Москву.

Своевольная и вольнодумная московская профессура приняла Тарасевича с воодушевлением, как долгожданного странника, прибывшего, наконец, на родную землю. Его тотчас избрали приват-доцентом Московского университета по кафедре общей патологии и профессором Высших женских курсов, тогда как он с присущей ему общительностью моментально завел себе новых друзей, в том числе Д. Д. Плетнева и Пьера д’Альгейма — мужа легендарной певицы М. А. Олениной-д’Альгейм, ставшей близкой подругой жены Тарасевича.⁹ Об этом периоде жизни Тарасевича рассказал впоследствии Ф. А. Степун¹⁰ в своих воспоминаниях, впервые опубликованных на немецком языке (1947 – 1950):

“Вспоминая д’Альгеймов, нельзя не вспомнить в свое время широко известного всей передовой России профессора Тарасевича, бесшестого председателя съездов Пироговского общества.¹¹

Тарасевичи и д’Альгеймы были закадычными друзьями. Их соединяли светлые юношеские воспоминания о Париже, страстная любовь к искусству, главным образом, к музыке¹², и какое-то особое, высокое “пиршественное”, в платоновском смысле этого слова, ощущение жизни.

После концертов Марии Алексеевны в на редкость радушный, артистически беспечный дом Тарасевичей, к заставленному цветами, фруктами и винами столу часто собиралось довольно большое общество. Случалось, что после оживленных разговоров и страстных споров между Петром Ивановичем, Белым, Метнером, Рачинским и тишайшим Петровским, Мария Алексеевна подходила к роялю, чтобы показать, как они с мужем задумывают исполнение какой-нибудь новой, находящейся еще в работе вещи.¹³

Лишь много лет спустя узнал я, что в душе профессора Тарасевича не все обстояло так благополучно, как оно казалось наполнявшим его дом друзьям и знакомым. Все чаще и чаще заговаривал он о том, что надо прекратить рассеянную жизнь, собраться с силами и засесть, наконец, за науку, чтобы успеть перед смертью завершить работу, так блестяще начатую под руководством Мечникова в Пастеровском институте в Париже.

Мечте Льва Александровича не суждено было осуществиться. Артист в душе, еще молодым ученым не доведший до конца с трудом налаженный научный опыт ради замечательной постановки “Тристана” в Миланской опере, и горячий общественник по темпераменту и воспитанию, он при всем желании не мог переменить стиля и перестроить обихода своей жизни.

Опираясь на ряд писателей, социологов и философов — Герцена, Михайловского, Толстого и других, можно было бы написать поучительное исследование борьбы дилетантизма и профессионализма в русской культуре 19-го века.

Трагедии духовной скудости и профессиональной узости Россия почти не знала. Обратная же трагедия — трагедия слишком щедро отпущенных даров и связанного с этой щедростью дилетантизма, была уделом многих крупных дарований¹⁴.

Трудно объяснить, почему Степун закончил свои короткие воспоминания о Тарасевиче рассуждением о дилетантизме. Подлинным дилетантом можно было бы назвать Луи Пастера — химика по профессии, не имевшего ни врачебного образования, ни права заниматься медициной, но ставшего основоположником современной микробиологии и современной иммунологии. Тарасевич же был не дилетантом, а профессионалом: патологом, микробиологом, иммунологом, эпидемиологом, но не автором кардинальных медицинских исследований и концепций. Общеизвестный общественный деятель, регулярно приносивший свою научную любознательность в жертву социаль-

II

Я, верно, болен: на сердце туман...

Николай Гумилев. Сонет.

ной активности, он не состоялся в качестве крупного оригинального ученого.¹⁵ Его диссертация оказалась по сути нереализованной заявкой на право дальнейших самостоятельных исследований. Он знал (или хотя бы догадывался), что благосклонность судьбы преходяща и небрежение призванием не остается безнаказанным, и мысли об отпущенном ему природой, но не нашедшем адекватного применения таланте, не говоря уже о впустую растроченных годах, все более тяготили профессора. Как заметил позднее Ортега-и-Гассет, “можно изменить своему предназначению и дезертировать, но дезертировать можно, лишь загнав себя в подвалы своей судьбы”.

По характеру и мировоззрению Тарасевич принадлежал к тому рыхлому слою глубоко порядочных и высокообразованных представителей российского общества, которых в конце XIX столетия нарекли интеллигенцией. Объединенную сперва идеей утверждения в стране принципов либерализма, интеллигенцию сплотили затем в некое подобие клана идеи освободительного движения и борьбы с самодержавием. Целиком разделяя такие взгляды, Тарасевич, тем не менее, сколько-нибудь заметного участия в деятельности оппозиционных политических партий не принимал и лишь в феврале 1911 года сложил с себя звание приват-доцента и покинул Московский университет вместе с большой группой профессоров и преподавателей (преимущественно членов или сторонников Конституционно-демократической партии), своим увольнением протестовавших против решений министра народного просвещения Л. А. Кассо. О последствиях такого шага он ни тогда, ни потом не задумывался, в отличие от В. И. Вернадского, расценившего коллективную отставку университетских преподавателей в начале учебного семестра как “внешение террора в академическую жизнь”.¹⁶

Продолжая вести “рассеянную жизнь”, Тарасевич посещал то концерты Олениной–д’Альгейм, то заседания московского Литературно-художественного кружка, а на жаркие летние месяцы удалялся в свое имение под Житомиром — типичное “дворянское гнездо” с аллеями и цветниками, тенистым садом и прудом с купальнями. Радужно, как обычно, встречал он друзей и знакомых, рассматривая приезд гостей в его московскую квартиру или в украинское имение как непрременную часть домашнего обихода. Он по-прежнему читал лекции на Высших женских курсах (с 1918 года 2-й МГУ) и в Народном университете имени А. Л. Шанявского; в составе экспедиции, оплаченной Пастеровским институтом, в июне 1911 года изучал особенности течения туберкулеза у калмыков¹⁷; через год совместно с Н. К. Кольцовым, Л. В. Писаржевским и А. Е. Ферсманом основал журнал “Природа”¹⁸.

Стиль его поведения в 1912 – 1913 годах оставался как будто тем же, что и раньше, но сам “почтеннейший бактериолог”, как величал его Андрей Белый, стал вдруг совсем иным человеком. Еще недавно веселый, не имевший себе равных по умению произнести экспромтом яркую и остроумную речь, профессор довольно быстро и неожиданно для тех, кто хорошо его знал, превратился в особу чрезвычайно странную — очень рассеянную и загруженную собственными мыслями, малоразговорчивую, склонную к речевым стереотипам (механическому повторению отдельных слов или фраз) и способную среди “гробового молчания” окружающих внезапно выпалить какое-нибудь совершенно случайное слово (например, апельсин), после чего все присутствовавшие вздрагивали и стремились исчезнуть из помещения.¹⁹ Лишь немногим было известно, с какой душевной травмой были связаны столь разительные изменения личности: двое детей профессора погибли, купаясь в пруду. С тех пор он, прежний баловень судьбы, начал порой высказывать суицидальные мысли.²⁰

В последующие годы Тарасевич приобрел всероссийскую известность. Летом 1914 года, когда началась Первая мировая война, он взял на себя руководство санитарно-эпидемиологическим отделом Земского Союза. Через два года, командированный Земским Союзом в страны Антанты, посетил Францию и Великобританию для изучения опыта союзников по предупреждению эпидемий в действующей армии. В июне 1917 года, по предложению Временного правительства, занял место Главного полевого военно-санитарного инспектора.²¹ На этом посту он задержался до декабря того же 1917 года, когда большевики принялись расформировывать все учреждения военно-санитарного ведомства, а разложение российской армии стало уже совершенно очевидным и необратимым.

Вскоре после октябрьского переворота он открыл первую в стране станцию контроля сывороток и вакцин, преобразованную затем в Институт экспериментальной терапии и контроля сывороток и вакцин (1920), и оставался директором этого Института до конца жизни. Возглавлял Ученый медицинский совет Наркомздрава (1918 – 1927) и Научный совет организованного им совместно с Н. К. Кольцовым и П. Н. Диатроповым Государственного института народного здравоохранения (ГИНЗ) имени Пастера (1920 – 1927) — своеобразного научного треста, включавшего в себя 8 отдельных научных учреждений, в том числе Институт экспериментальной терапии и контроля сывороток и вакцин. Состоял в обществе любителей естествознания, антропологии и этнографии, занимая в нем пост председателя отдела

бактериологии. Вместе с Плетневым (которого Тарасевич ввел в состав Ученого медицинского совета Наркомздрава) основал издательство “Научная медицина” (1921) и журнал “Архив клинической и экспериментальной медицины” (1922). Помимо того, был редактором (или соредактором) 12 медицинских журналов. Принимал активное участие в деятельности Политического Красного Креста и в работе Всероссийского Комитета помощи голодающим (1921). И в силу аналитических способностей и феноменальной памяти в сочетании с непринужденной речью регулярно занимал председательское кресло на всевозможных съездах и совещаниях, в различных комиссиях и комитетах.

Как удавалось Тарасевичу справляться со всеми его многочисленными обязанностями? И удавалось ли? Не пытался ли он, взвалив на себя непомерные нагрузки, заглушить нарастающее с годами внутреннее смятение? Ведь поводов для душевного дискомфорта после смерти детей было у него более чем достаточно. Его любимый младший брат скончался в 1918 году после двухлетней изнурительной болезни.²² В том же году обрушились казавшиеся незыблемыми дружеские связи: супруги д'Альгейм бежали во Францию, а Пастеровский институт очутился за железным занавесом. В мае 1921 года умерла (чуть ли не от аппендицита) его жена, и отныне чувство неизбывного одиночества ни на миг не отпускало профессора, внезапно овдовевшего после 30 лет безмятежного супружества.

В прошлом человек безудержно веселый, он разучился смеяться, все больше замыкался в себе, и лишь сознание долга держало его теперь на плаву. Это властное ощущение своей персональной обязанности, которую нельзя никому передать, вынудило его, в частности, на следующий день после похорон жены занять председательское кресло на 5-м съезде бактериологов и эпидемиологов, проходившем в Москве с 25 по 31 мая 1921 года.²³

От коммунистического режима он, как и большинство его коллег, не ждал ничего, кроме вреда и позора для страны, но эмигрировать полагал для себя неприемлемым. Более того, он давно уже видел в компромиссе с большевиками единственный шанс противостоять вырождению культуры на одной шестой части земной суши, единственную возможность сохранения научных институтов и пробуждения в дальнейшем творческих сил соотечественников. Ради этой главной для себя цели он старался всемерно содействовать реставрации научных связей между советскими и западноевропейскими учеными. В этом отношении его интересы и устремления правящей партии совпадали.

И медицинское, и партийное начальство настолько высоко ценило его как ответственного работника (хоть и не коммуниста) и незаменимого специалиста, что 27 августа 1921 года, когда по распоряжению Ле-

нина чекисты взяли под стражу наиболее деятельных членов Всероссийского Комитета помощи голодающим, Тарасевича лишь обыскали, но не арестовали. Но его не просто ценили — ему доверяли. По предложению Семашко, 1 марта 1922 года Политбюро ЦК РКП(б) санкционировало зарубежную командировку Тарасевича для восстановления научных контактов между учеными РСФСР и западных держав.²⁴ Сам же профессор в число своих первоочередных задач включал посещение Пастеровского института и обсуждение со своими близкими друзьями Э. Ру и А. М. Безредкой²⁵ вероятных перспектив совместных научных исследований, а также выступление в Лиге Наций с подробным докладом о массовых инфекционных заболеваниях в Советской России.

В связи с беспримерной полицейской акцией, названной впоследствии “Философским пароходом”, выезд профессора в Европу отсрочили почти на семь месяцев. Сразу после депортации “антисоветской интеллигенции” за границу, Тарасевичу разрешили отправиться в Париж, а на обратном пути задержаться в Германии. Все, с кем довелось ему общаться в Пастеровском институте, констатировали, что выглядел он как человек очень усталый и угнетенный, и только вдове И. И. Мечникова послышался в его репликах “душевный подъем”; удручало же его, по общему мнению, тяжелое положение России, о чем он рассказывал “резко критически”.²⁶ Таким же подавленным он вернулся домой в конце 1922 года. Руководство Наркомздрава, обрадованное его возвращением и довольное его обстоятельным отчетом о командировке, в июне следующего года удостоило его почетного звания “Героя на фронте здравоохранения”.²⁷ Между тем, профессор, чувствуя себя не героем, а всего лишь лицом, предельно вымотанным, в 1924 году отказался от преподавания во 2-м МГУ.

Осенью 1925 года высокие инстанции вознамерились опять воспользоваться услугами Тарасевича для установления прочных контактов с западными медицинскими учреждениями и отдельными учеными и послать профессора во вторую зарубежную командировку почти на 4 месяца. Так он вновь побывал во Франции и в Германии, но производил теперь особенно мрачное впечатление на друзей и знакомых; кое-кто находил у него даже признаки психического расстройства.²⁸ Позднее даже Семашко признал: в последние годы Тарасевич страдал “тяжелым нервным заболеванием”.²⁹ Тем не менее положенная награда и на этот раз нашла “героя на фронте здравоохранения”: за выдающиеся заслуги в возобновлении научных взаимосвязей между российскими и немецкими учеными медицинский факультет Гамбургского университета пожаловал ему золотую медаль (при соответствующем дипломе), которую вручил Тарасевичу германский посол в СССР 3 мая 1927 года.³⁰

III

*И так быстро летело время,
Что простое крапивное семя
Успевало взойти крапивой.*

Николай Гумилев. Сказка.

Через несколько дней профессор уехал в санаторий под Дрезденом, оставив Семашко записку: “Не надеюсь вернуться к руководящей научной работе.”³¹ Как оказалось, не только о руководящей — о любой иной работе говорить отныне не приходилось. Дни профессора были сочтены. Поселившийся в Дрездене после изгнания из РСФСР Степун 20 июня написал известной журналистке Е. Д. Кусковой³², тоже высланной 5 лет назад за пределы советской державы: “Глубокоуважаемая и дорогая Екатерина Дмитриевна, Вы теперь, конечно, уже знаете, что в Дрездене, в санатории Ламанна покончил с собой наш с Вами общий друг Лев Александрович Тарасевич. Уже целый год его положение было тяжелым и опасным. Вернувшись из своей последней заграничной поездки неестественно бодрым, почти жизнерадостным, он в России снова впал в тяжелое душевное состояние. Одно время этой зимой он страшно мучился, дело доходило до галлюцинаций, он часто говорил о самоубийстве и его дети и мой брат Владимир, женатый на его дочери, ни на минуту не оставляли его одного. К весне ему стало лучше, и его привез к нам в Дрезден его младший сын. ... По совести говоря, я не знаю, хорошо или плохо то, что он умер. Такой душевной зазнанности, затравленности, изничтоженности всякой возможности жить далее, я еще никогда не видел в глазах человека.”³³

Вскоре Кускова получила второе письмо Степуна, отправленное из Дрездена 25 июня: “Дорогая Екатерина Дмитриевна, я думаю, что было бы очень хорошо, если бы Вы написали некролог о Льве Александровиче. Я почему-то с самого начала решил, что Вы напишите, кому же и писать, как не Вам. Я знаю доподлинно, что в гибкости Льва Александровича была очень определенная твердость. Я знаю, что он безоговорочно отклонял официальное предложение свидетельствовать перед лицом Европы рост русской науки и что у него были столкновения с советскими видными учеными по поводу адреса Семашко. О своем внутреннем отношении к советской власти он молча, но убедительно доводил до сведения власть имущих. Не протестовал, но стоял перед их глазами живым протестом. Кое-что он, может быть, по ошибке, но и по совести разделял. ...

Несмотря на такое оппозиционное настроение, к нему всегда очень хорошо относились. Помню, как Семашко приезжал в церковь на отпевание Анны Васильевны. И сейчас, во время всей болезни, берлинский отдел Наркомздрава проявлял все время безусловную внимательность и озабоченность, неприятно накладывая, правда, на все свою вершающую руку. Писать

некролог надо, конечно, осторожно: старший сын Льва Александровича .. только что кончил Техническое училище и занимает в Днепрострое хорошее место, но все-таки можно писать и откровенно, тем более что во всех немецких газетах писали о Льве Александровиче как о комиссаре, а он ведь был только председателем медицинского ученого совета и директором института имени Пастера”.³⁴

Просьбу философа Кускова исполнила без промедления. Статью, посвященную памяти своего верного друга и написанную достаточно осторожно, а вместе с тем в меру откровенно, она поместила в самом читаемом эмигрантском журнале:

“В первой половине июня в “Прагер Прессе” я прочла известие, распечатанное мелким шрифтом: “В Дрездене, в санатории д[окто]ра Ламанна, покончил с собой проф[ессор] Тарасевич, заместитель Народного Комиссара Здравоохранения”. Заметка ошеломила. Какой Тарасевич? Ни имени, ни отчества. И какой “заместитель”, т.е. лицо, принадлежащее к высшей советской бюрократии... Нет, это не он, не Лев Александрович Тарасевич, с которым мы прожили вместе самые страшные годы первого пятилетия советской власти. Тот, наш Лев Александрович не был заместителем и вообще никаких постов в Советской] России никогда не занимал. Он занимал лишь пост руководителя научного учреждения.

Разгадка пришла через несколько дней: письмо от общего нашего друга — свидетеля Дрезденской трагедии. Это — он, наш Лев Александрович... Он, действительно, покончил с собой страшным способом. Врач, ученый бактериолог, легкой смерти не захотел. В половине шестого, утром в Троицын день, он связал два платка, привязал их к решетке балкона и закинул петлю на шею... Оборвалось... Он сорвался с высоты 10 метров, сломал четыре ребра, но сознания не потерял; сам дошел с помощью сестры и доктора в свою комнату. Умер на другой день от кровоизлияния в легкое, — в пятом часу вечера в Духов день. Умер во сне безболезненно и тихо.”³⁵

Наши друзья, видевшие его часто перед катастрофой, так описывают его состояние: “Приехал Лев Александрович к нам, в Дрезден, в ужасном душевном состоянии. По первому взгляду было ясно, что это — человек предельно и навсегда замученный. Он не был сумасшедшим, но не был и просто душевно угнетенным и расстроеным. Нормальное сознание все время перерезалось впадениями в совершенную болезненность. Он утверждал, что все его близкие умерли и убиты им, что все кончится страшно. Характерною чертою его больного бреда было предельное самозамаление и самоуничижение. Он утверждал, что он был научным ничтожеством, что он недостойн того уважения и тех почестей, которыми пользовался всю жизнь. Его тяготил комфорт санатории; последние дни ему всюду представлялись ужасы и ипсии”. А дальше — диагноз автора этого письма:

*“Содержание его страхов было невымысленно: оно было реальным ужасом жизни советской России”.*³⁶

О русской революции, о ее реальных ужасах, спокойные историки-исследователи напишут в будущем бесчисленное множество исследований. Но едва ли вскроют они то, что является для нас, ее современников, быть может, самым трагическим символом ее: мятущуюся, истерзанную, какую-то на части расщепленную душу русского интеллигента... Больше столетия искал мыслящий русский интеллигент дорогу “по совести”. Искал страстно, не считаясь с жертвами. Один миг показалось, что он нашел ее, эту дорогу по совести, — вместе с народом. Затем все смешалось в кровавом тумане; столбовая дорога засыпалась обломками рухнувшей громады государства и скорбный лик русского интеллигента — в символах живых и мертвых мучеников — снова стоит перед нами — в поисках верной дороги. А дороги, прямой, ровной и ясной дороги, ведущей к давнишней и заветной цели, — государству права и свободы, — все нет, нет и нет... А если нет ясной дороги, то налицо и другая трагедия: разномыслие одинаково честных людей, одинаково искренних искателей путей, — разномыслие, недоверие, разлад, расщепленность прежних стойких и крепких организаций... Медленно чертится историей заколдованный круг: искать дорогу надо вместе, сцепившись крепко душой и помыслом, а на пороге к этому — подозрительность, отчужденные, глубокая отравленность боязнью — ошибки...

Вся эта необычайно сложная историческая трагедия иногда с потрясающей выразительностью иллюстрируется сопоставлением фактов жизни. Еще совсем недавно два активных члена одной большой организации, Конституционно-демократической партии, князь Павел Дмитриевич Долгоруков и ученый с европейским именем Лев Александрович Тарасевич, дружно и согласно работали над развитием русской политической действительности.³⁷ Революция развела их пути. Один стал активнейшим участником белого движения, другой — остался на родине в роли виднейшего советского спеца. Но какая странная судьба их... 9 июня 1927 года Московское ГПУ публикует о расстреле князя Долгорукова, об убийстве его руками чекистов.³⁸ А 12 июня советский спец собственными руками убивает себя. Расстояние между двумя смертями, одинаково кошмарными, — 3 дня, только три дня... И кто знает, не было ли между этими смертями прямой связи: немецкие газеты ведь были в руках больного Тарасевича 10 и 11 числа...

И еще одно сопоставление. Советская власть с какой-то подчеркнутой, вызывающей откровенностью публикует в своих официальных изданиях об убийстве князя Долгорукова и 19 [человек] с ним — 10 июня. А в свежих газетах от 15 июня помещены некрологи погибшего Тарасевича — один, написанный Наркомздравом Семашко, другой — известным московским врачом Д. Д. Плетневым. В этих некрологах

скрыто самоубийство Тарасевича. В обоих некрологах говорится лишь, что Тарасевич умер скоропостижно. В этом изумительном сокрытии так ясен глубокий непобедимый страх перед Внутренней Россией... Россия не должна знать, что председатель медицинского совета Республики, директор Государственного Научного Института Здравоохранения, организатор всероссийских съездов врачей и эпидемиологов, старый русский общественник, член Пироговского общества и т.д. и т.д. сам наложил на себя руки. Почему это скрыто? Почему об этом страшно сказать? Почему цензура запретила печатание факта, о котором все равно будет знать вся Россия через устную передачу? Не потому ли, что сопоставление двух фактов — убийство прогрессивного общественного деятеля, участника “Союза Освобождения”³⁹, противника самодержавия, князя Долгорукова, и самоубийство виднейшего русского ученого — слишком сильная доза возбуждения даже для неслыханно терпеливой страны? Эти две смерти, как будто по какому-то таинственному заданию подогнанные почти к одному дню, — страшные символы одного и того же порядка вещей: почти нечеловеческой уродливости русской жизни, всех ее взаимоотношений и всей внутренней основы ее.

Но сопоставление фактов, сопровождающих эти две смерти, невольно напрашивается и дальше. Все зарубежье, как один человек, скорбно склонило головы перед фактом смерти князя Долгорукова, активного члена зарубежной России. И обошло холодным, ледяным молчанием смерть “советского спеца”, общественного деятеля, принявшего послеоктябрьский строй...⁴⁰ Подлинная пропасть между людьми, идущими разными дорогами, но ведь к одной же цели! Да, к одной цели, цели прежней, не истлевшей в огне революции...

Льва Александровича Тарасевича я особенно близко узнала и горячо полюбила за время первых пяти лет после Октября. Сблизила нас общность понимания, быть может, ошибочного, процесса развала России и способов ее восстановления. Началось с глубоко интимных разговоров и размышлений, какой дорогой идти. Ни он, ни я, ни наши маленький интимный кружок ни на одну минуту не верили в целительность хирургии в таком бездонно глубоком процессе, как русская революция. И наоборот — глубоко верили в “изживание”, в тяжелейший процесс радикального перерождения психики серых русских людей. Отсюда — вера в работу внутри России, работу нечеловечески трудную. Однажды я выразила удивление, почему он, ученый человек, чтимый учеными Европы, остался в нестерпимой подчас духоте Советской России. Ведь в смысле личного устройства, в смысле покоя для научной работы, ему были открыты за границей все дороги. Он не захотел, однако, променять тяжкие условия работы в родной стране на эти открытые для него удобства Запада.

— Но я недавно размышлял об этом, — задумчиво сказал он. — Я исследователь по профессии своей и хочу видеть русскую жизнь не в чужой передаче и не в отдалении от нее. Затем у меня трое полувзрослых детей. Я не хочу, чтобы они были иностранцами. Пусть впитают в себя всю печаль, весь трагизм русской жизни: ведь им предстоит пережить ее. Я — стар, от многого не могу отрешиться. Скажу прямо: я им — не учитель. Они по-новому воспримут ее и по новому будут реагировать на все. Я лишь старший их помощник... Что же касается трудной работы с большевиками, работы изматывающей, подчас глубоко унижительной для нас, интеллигентов, то... Ведь от этой работы не может же убежать вся интеллигентская Россия. Эта работа, работа не саботажная, работа по совести и без компромиссов в ее конечной цели — наша обязанность, оставшихся тут...

И он работал с громадным напряжением. В чем состояла эта его работа? Но ведь все кругом было разрушено. Ни земств, ни городских самоуправлений, ни организации помощи голодному и уничтожаемому эпидемиями населению. Все снасти надо было крепить заново, притом в чудовищно трудных условиях. Всюду, где было место какому бы то ни было “восстановлению”, можно было встретить Л[ьва] А[лександровича]. Маленькая общественная организация, Лига Спасения Детей⁴¹. Он — член ее правления. Ученый Институт — он его директор. Развал санатории, упавшая психика врачей — он и организатор и вдохновитель нового духа, нового подъема в работе. Лекция на общественную тему — он тут в качестве блестящего лектора. Съезд врачей — он его председатель. И всюду — с достоинством, без боязни наткнуться на препятствие или сесть рядом с коммунистом. И нередко приходилось проявлять большую твердость... Так, он безоговорочно отклонил предложение свидетельствовать перед лицом Европы о росте русской науки. Были и другие столкновения — с другими учеными, более податливыми на лесть и выражение преданности... Он не боялся работать “через советскую власть”, но не боялся и высказать ей, этой власти, свое откровенное суждение о ней. Это достоинство его ценилось, уважалось: Тарасевич — не гнул; он был тем, чем он был. В период голодного 1921 года он был деятельным организатором Общественного Комитета Помощи Голодающим⁴². И опять-таки сумел соединить звание советского спеца с опасными функциями старого общественника. Рядом с этим — постоянные хлопоты за попадавших в сети чрезвычай. Бывало позвонишь ему, когда придет срок очередной отсидки его друга Н. М. Кишкина⁴³, и услышишь глухой возглас возмущения:

— Как? Опять? Опять? Сейчас приеду, обсудим, с какого бока начать хлопоты... В каком состоянии он взят? Здоров ли?

Приедет, закроет глаза, усталые глаза, и долго сидит в странно неподвижном состоянии. Вернешь его к жизни — вопросом. И получишь — в ответ:

— Боже! Если бы вы только знали, как я устал, как страшно устал — от всего. Забыться бы, не видеть...

А через час, два, снова едет, организует, что-то сцепляет, ладит снасти разбитого бурей корабля...

В разгар одного из съездов врачей, когда Л[ев] А[лександрович] пропал там целые дни, заболела его жена. Друг его близкий, Анна Васильевна, тихая, ласковая, вся — забота о любимых. Такие женщины имели особую цену тогда. Часто они были душевной опорой, скалой твердой в минуты колебаний: жить ли дальше? По телефону мы его умоляли бросить съезд.

— Как же я могу! Что вы? Забыли наши традиции?

И снова убежал, поставив наскоро диагноз — “это ее старая болезнь, кладите припарки”. Болезнь оказалась не старой. Через 3 дня А[нна] В[асильевна] умерла на столе, под ножом...

И опять стоит перед глазами его красивое и страшное лицо в маленькой церкви в одном из переулков Арбата... Тихо шепчет: “Убил Анну. Нечаянно убил”. Идет отпевание — по старому христианско-православному обряду. Вдруг гулко раздается гудок автомобиля и громкий голос, не желающий себя сдерживать — в церкви: “Где тут Лев Александрович? Хочу позвать ему руку”. Оглянулись — Семашко... Голос — хозяина жизни...

Когда нас выслали за границу, и мы жили — в тоске вот по этой жуткой России — в Берлине, я узнала о командировке Л[ьва] А[лександровича] за границу. Зайдет или нет? Устыдилась своего сомнения... Пришел возбужденный, живой, помолодевший. Говорил без конца — о жизни на обоих полюсах... Он, кроме того, с оживлением рассказывал о приеме, устроенном ему Институтом Вассермана. “Научный мир не забывает нас, отброшенных блокадой в мир небытия, — говорил он. — Это — счастье”...

В этот приезд его он был и в Париже. Там — его триумф в любимом им Институте Пастера, установление связи ученой Европы — с “новой Россией”. На обратном пути — снова беседы в Берлине.

— Лев Александрович! Вас обвиняют в том, что пропагандой здесь советской науки вы укрепляете советскую власть...

Вспыхнул, разъярился — болезненно:

— Да, я укрепляю, и буду укреплять советскую власть в той мере, в какой она стремится организовать необходимую России органическую работу. Всякий кусок — даже самонаименьший — этой органической работы укрепляет советскую власть и одновременно и в гораздо большей степени — Россию... А всякий кусок собственной коммунистической пропаганды власти разрушает не только Россию, но и саму

власть... А вы что — заразились уже зарубежной психологией? — строго спросил он.

В этот же приезд — еще инцидент. Звонит раздраженно:

— Екатерина Дмитриевна! Я пришло вам отчет, написанный мною для Международного Красного Креста. Там есть цифры заболеваний в России. Сейчас с негодованием прочел статью Сорокина в “Воле России”⁴⁴. Скажите вы этим г[осподам] Сорокиным, что надо — на чистоту! Ложью советскую власть не свергнешь, это — аксиома. Да, Россия больна, в том числе и венерическими болезнями. Но ими болен после войны и весь культурный мир. Зачем же — так?

Он сильно возмущался стремлением зарубежной прессы “разрисовывать”, как он выражался, язвы русской жизни:

— Есть что-то прямо садическое в этом выискивании безобразий. Ну, да, мы живем в сплошном безобразии и стремимся там, на месте, его парализовать. Оказывается, и это преступление? Где же исход?

Самый зловещий вопрос. Где же исход? Лично он этот исход нашел: в лихорадочной работе там, на месте. До тех пор, пока не истрепалась вдребезги душа. Пока не замучили ужасы жизни и явное приближение новых судорог...

Во вторую командировку его, уже в 1926 году, нам увидаться не удалось. Он совершил обширное путешествие вплоть до Туниса. Оно должно было “ремонттировать его, освежить”, как писал он. Мы горячо переписывались о больном вопросе — возвращении:

— “Я говорю не о стариках, а о молодежи. Мы, старики, отработанный пар. Но молодежь должна всеми силами стремиться в Россию, помня, однако, что возвращение сейчас — подвиг, а не достижение спокойного берега. Да сейчас оно и возможно лишь в отдельных случаях, по личной протекции какого-либо видного коммуниста. Насколько я Вас понимаю, вы говорите не об этом. Но о массовом возврате сейчас не может быть и речи”.

Так он писал. А когда его поезд подходил к русской границе, он прислал нам прямо ужасную открытку; я и тогда боялась, что... что освежающая поездка не дала уже ему надлежащей бодрости для “подвига работы в России”. И, действительно, в России он захирел. Душевная болезнь развивалась с угрожающей силой. Затем — петля из двух платков, как финал работы “на чистоту”, — без оподления души и без внутренних компромиссов.

И хочется сказать тем, кто еще не научился уважать и ценить этот путь работы по восстановлению тяжело больной страны: г[оспода] судьи должны помнить, что работа русской интеллигенции в России не спокойный берег и не “приспособленчество” к временным хозяевам жизни. Это — тяжелая работа в тех условиях, которые, быть может, еще не

скоро “преобразятся”, да и самое преобразование которых может быть лишь плодом такой работы. И пусть же не коснется слово несправедливого осуждения памяти общественника, уставшего и замученного ужасами русского расстройств. Да и награда за такое его мировоззрение не соблазнительная: всего только петля из двух платков... Такова не философия, а подлинная конкретность русской жизни.

Ек[атерина] Кускова⁴⁵.

* * *

Похороны Тарасевича задержали почти на неделю, потому что советское полпредство в Берлине, заподозрив убийство, настояло на приглашении не просто криминалиста, но непременно члена коммунистической партии. Когда расследование завершилось, покойного отпели в кладбищенской часовне. Гражданская панихида состоялась в крематории; среди тех, кто пришел проводить Тарасевича в последний путь, Степун заметил и представителя Наркомздрава — чиновника старорежимного вида с пенсне и портфелем, смущенно посыпавшего на гроб несколько лепестков.

Примечания

¹ Правда. 15.VI.1927.

² Диатроптов Петр Николаевич (1859 – 1934) –микробиолог, профессор Высших женских курсов, затем 2 МГУ (1910 – 1924), директор Санитарно-гигиенического института ГИНЗ (1920 – 1927), заместитель, потом преемник Тарасевича на постах председателя Ученого медицинского совета Наркомздрава и директора Института экспериментальной терапии и контроля сывороток и вакцин.

³ Диатроптов П. Лев Александрович Тарасевич. Клиническая медицина. 1927. № 11 – 12. С. III – IV.

⁴ Вечерняя Москва. 23.VI.1927.

⁵ Диатроптов П. Указ. соч.

⁶ Тарасевич Л. А. Из заграничных впечатлений (доклад в московском Доме ученых 2 февраля 1926 года). Научный работник. 1926. № 4. С. 66 – 79.

⁷ Заболотный Д. К. Лев Александрович Тарасевич. Природа 1927. № 7/8. С. 533 – 538. Любарский В. А. Лев Александрович Тарасевич. Русская клиника. 1927. Т. 8. № 40. С. 157 – 162.

⁸ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 102. Оп. 233. Д. 1255. Ч. 39. Л. 11 – 12. Русские Ведомости. 14.VI.1905.

⁹ Пьер (Петр Иванович) д’Альгейм Пьер (Петр Иванович) (1862 – 1922) — барон, французский журналист и музыкальный деятель. Оленина- д’Альгейм Мария Алексеевна (1869 – 1970) — сестра композитора и музыковеда Оленина Александра Алексеевича (1865 – 1944), камерная певица (меццо-сопрано); вместе с профессиональной певицей Тарасевич (урожденной графиней Стенбок-Фермор) Анной Васильевной (1872 – 1921) основала в Москве “Дом песни” (1908).

¹⁰ Степун Федор Августович (1884 – 1965) — философ, социолог, литератор, высланный из РСФСР в Германию как представитель “антисоветской интеллигенции” (1922).

¹¹ Тарасевич был председателем только одного (оказавшегося к тому же последним) Чрезвычайного Пироговского съезда, проходившего в апреле 1919 года в Москве, членом Правления (1910 – 1919) и товарищем (заместителем) председателя (Ф. А. Рейна) Пироговского общества.

¹² Тарасевич помнил партитуры чуть ли не всех услышанных им опер, своим лирическим баритоном исполнял любимые арии и романсы чуть ли не на всех европейских языках, а в молодости даже писал для одесских газет вполне добротные театральные рецензии (Бухштаб Л. Б. Памяти Л. А. Тарасевича. Журнал микробиологии, патологии и инфекционных болезней. 1927. Т. IV. № 4. С. 339 – 342).

¹³ Здесь перечислены д-р Альгейм Петр Иванович, писатель Андрей Белый (Бугаев Борис Николаевич, 1880 – 1934), музыкальный критик, журналист и философ Метнер Эмилий Карлович (1872 – 1936), литератор и философ Рачинский Григорий Алексеевич (1859 – 1939), близкий друг Андрея Белого, переводчик Петровский Алексей Сергеевич (1881 – 1958) и Оленина — д-р Альгейм Мария Алексеевна.

¹⁴ Степун Ф. А. Бывшее и несбывшееся. Лондон. 1990. Т. 1. С. 313 – 315.

¹⁵ Хотя коллеги Тарасевича высказывались о научных заслугах профессора довольно сдержанно, в 1926 году его избрали (или, вернее, назначили по рекомендации соответствующих директивных органов) действительным членом Всеукраинской АН.

¹⁶ Вернадский В. И. 1911 год в истории русской умственной культуры. Публицистические статьи. М., 1995. С. 186 – 199.

¹⁷ Врачебная Газета. 1911. № 19. С. 693. № 24. С. 845.

¹⁸ Кольцов Николай Константинович (1872 – 1940) — биолог, член-корреспондент Петербургской АН (1916), РАН (1917), АН СССР (1925), организатор и первый директор (1917 – 1939) Института экспериментальной биологии. Писаржевский Лев Владимирович (1874 – 1938) — химик, действительный член АН СССР (1930). Ферсман Александр Евгеньевич (1883 – 1945) — минералог, геохимик, действительный член РАН (1919), АН СССР (1925).

¹⁹ Белый А. Начало века. Воспоминания. В 3-х кн. Кн. 2. М., 1990. С. 431 – 432.

²⁰ Гарви П. А. Воспоминания социал-демократа. Нью-Йорк. 1946. С. 153.; ГАРФ. Ф. Р-5865. Оп. 1. Д. 389. Л. 11.

²¹ Златогоров С. И. Памяти Л. А. Тарасевича. Профилактическая медицина. 1927. № 7. С. 226 – 228.

²² Тарасевич Алексей Александрович (1873 – 1918) — один из видных меньшевиков-практиков по кличке “Рыбак”; прирожденный “партийный генерал”, отдавший социал-демократическому движению полжизни и все свое состояние; секретарь журнала “Природа” (1912 – 1917); человек редкого такта, добросовестности и честности мысли при полном отсутствии тщеславия (Гарви П. А. Указ. соч. С. 391. Дан. Ф. Письма. Амстердам, 1985. С. 153. Иков В. К. Листопад. Вопросы истории. 1995. № 10. С. 128).

²³ Врачебное дело. 1921. № 22 – 24. С. 323. Любарский В. А. Указ. соч.

²⁴ Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 17. Оп. 3. Д. 274. Л. 2.

²⁵ Ру (Roux) Эмиль (1853 – 1933) — французский микробиолог, директор Пастеровского института (1904 – 1933),

почетный иностранный член АН СССР (1925); аскет, посвятивший себя служению науке; именно ему отправили первую телеграмму о смерти Тарасевича, согласно завещанию последнего. Безредка Александр Михайлович (1870 – 1940) — сын еврейского писателя Э. Иш-Нооми, микробиолог, иммунолог, ученик и приемник И. И. Мечникова, один из самых верных друзей Тарасевича со студенческих лет.

²⁶ Мечникова О. Н. Воспоминания о Льве Александровиче Тарасевиче. Журнал микробиологии, патологии и инфекционных болезней. 1927. Т. IV. № 4. С. 331 – 334. Рубакин А. Н. Заметки к выступлениям в Институте вакцин и сывороток 13 декабря 1968 года. Научно-исследовательский отдел рукописей Российской государственной библиотеки (НИОР РГБ). Ф. 358. Картон 495. Е.х. 33. Л. 1 – 4.

²⁷ Грабовская Л. И. Лев Александрович Тарасевич. 1868 – 1927 гг. (Биографический очерк). М., 1970. С. 99 – 101.

²⁸ Рубакин А. Н. Указ. соч.

²⁹ Известия. 15.VI.1927.

³⁰ Любарский В. А. Указ. соч.

³¹ Известия. 15.VI.1927.

³² Кускова Екатерина Дмитриевна (1869 – 1958) — журналистка, издательница, участница кооперативного движения. Вместе с Н. М. Кишкиным возглавляла Лигу Спасения Детей (1918 – 1920). Летом 1921 года состояла в числе организаторов и лидеров Всероссийского Комитета помощи голодающим. Арестованная по делу Комитета (27.VIII.1921), выслана сначала в Вологду (8.XI.1921), потом в Германию (1.VI.1922). Проживала в Берлине (1922 – 1924), где ее избрали председателем Политического Красного Креста, и в Праге (1924 – 1939). После оккупации Чехословакии немецкой армией переехала в Швейцарию, оттуда — в США. По окончании Второй мировой войны вернулась в Женеву.

³³ ГАРФ. Ф. Р-5865. Оп. 1. Д. 475. Л. 6 – 7 об.

³⁴ ГАРФ. Ф. Р-5865. Оп. 1. Д. 475. Л. 5 – 5 об.

³⁵ Непосредственной причиной смерти Л. А. Тарасевича стал, очевидно, гемоторакс, возникший вследствие множественного перелома ребер.

³⁶ Свои суицидальные действия Тарасевич совершил в состоянии тяжелой депрессии с идеями самообвинения и навязчивыми страхами. При встрече с ним в ноябре 1922 года В. И. Вернадский считал его “большим оптимистом”. Развитие и нарастание у него выраженной психопатологической симптоматики за последующие четыре с половиной года было связано, скорее всего, с неконтролируемой артериальной гипертензией и церебральным атеросклерозом. Объяснять содержание его фобий “реальным ужасом жизни Советской России” можно было, по выражению того же В. И. Вернадского, лишь “под влиянием эмигрантских настроений” (Вернадский В. И. Дневники: март 1921 – август 1925. М., 1999. С. 91).

³⁷ Членом Конституционно-демократической (К.-Д.) партии Тарасевич не был и в 1906 году на приглашение в нее вступить написал П. Н. Миллюкову: “Я лично стою влево от К.-Д. (это во избежание недоразумений), но к левому крылу К.-Д. партии питаю самые большие симпатии, а потому постараюсь, если это будет возможным, оказывать содействие” (ГАРФ. Ф. 579. Оп. 1. Д. 5885. Л. 2). Тарасевич, как и его заместитель П. Н. Диатроптов (1859 – 1934), состоял в Трудовой народно-социалистической партии (Мельгунов С. П. Воспоминания и дневники. Париж, 1964. Вып. II. С. 6). Программа этой наиболее умеренной социа-

листической партии предусматривала переход к демократической парламентской республике не революционным, а эволюционным путем. Народные социалисты (энесы) были сторонниками отчуждения земель, находившихся в частном владении, и национализации собственности.

³⁸ Долгоруков Павел Дмитриевич (1866 – 1927) — князь, камергер, крупный землевладелец, один из организаторов “Союза Освобождения” и основателей Конституционно-демократической партии. После октябрьского переворота вступил в Национальный Центр (1918) и стал товарищем (заместителем) его председателя; затем эмигрировал (1920). Чтобы выяснить, можно ли эмигрантам рассчитывать на поддержку соотечественников, тайно перешел советско-польскую границу; задержанный, но не опознанный, выдворен обратно (июль 1924). Во второй раз перешел советско-румынскую границу (7.6.1926); через 40 дней арестованный, помещен в Харьковскую тюрьму. По приговору Коллегии ОГПУ спустя 11 месяцев (9.6.1927) расстрелян в числе 20 заложников (представителей дворянских и буржуазных семей) после убийства в Варшаве советского полпреда П. Л. Войкова — участника убийства царской семьи.

³⁹ “Союз Освобождения” — нелегальное политическое объединение либеральной интеллигенции и оппозиционно настроенных представителей земского движения, группировавшихся вокруг журнала “Освобождение”, который издавался в Штутгарте, потом в Париже (1902 – 1905). После учреждения Конституционно-демократической партии (1905) “Союз Освобождения” свою деятельность прекратил.

⁴⁰ Многие эмигранты считали Тарасевича большевиком и не скрывали своей неприязни к нему. Тем не менее, говорить о “ледяном молчании” зарубежной печати, якобы не заметившей смерти профессора, было неправомерно. Глубокая скорбь помешала Кусковой обратить внимание, например, на два сообщения в газете “Руль”, выходившей в свет в Берлине. В одном из них упоминалось о “большом впечатлении”, произведенном в Москве гибелью ученого, и выражалось крайнее удивление реакцией советской прессы, “тщательно скрывавшей факт самоубийства”; в другом — шла речь о том, что “на погребении Тарасевича ни одного саванника не было” (Руль. 19.6., 26.6.1927).

⁴¹ Лига Спасения Детей — организация приютов для беспризорных, созданная осенью 1918 года Н. М. Кишкиным и Е. Д. Кусковой по инициативе В. Г. Короленко и че-

рез два года преобразованная в одно из подразделений Московского отдела народного образования. У Лиги было свыше 18 колоний, 11 детских садов, санаторий, детские клубы и, что особенно важно в годы повального голода, собственные огороды. Врачебную помощь опекаемым Лигой детям оказывали Тарасевич, Диатропов и Кишкин.

⁴² Имеется в виду Всероссийский Комитет помощи голодающим, образованный в соответствии с декретом ВЦИК 21 июня 1921 года и закрытый по распоряжению В. И. Ленина 27 августа того же года.

⁴³ Кишкин Николай Михайлович (1864 – 1930) — потомственный дворянин Тамбовской губернии, врач, товарищ (заместитель) председателя ЦК Конституционно-демократической партии и лидер ее Московского комитета. После февральской революции был комиссаром Временного правительства в Москве, министром государственного призрения и даже особоуполномоченным “по водворению порядка” в Петрограде на протяжении одного дня — 25 октября (7 ноября) 1917 года. После октябрьского переворота подвергался неоднократным арестам. Летом 1921 года вошел в состав Всероссийского Комитета помощи голодающим, возглавив его административный отдел. Взятый под стражу 27 августа 1921 года, помещен в одиночную камеру Внутренней тюрьмы ВЧК; 8 ноября того же года сослан в Вологду. После освобождения в декабре 1922 года служил в курортном отделе Наркомздрава. Летом 1927 года перенес инсульт, от которого полностью не оправился. Отправленный на пенсию, лишился продовольственных карточек и денежного содержания.

⁴⁴ Социолог Сорокин Питирим Александрович (1889 – 1968) — профессор Петроградского университета, секретарь А. Ф. Керенского (VII – VIII.1917), депутат Учредительного собрания от эсеровской партии — в сентябре 1922 года выслан в Западную Европу как один из наиболее видных представителей “антисоветской интеллигенции”. По приезде в Прагу опубликовал статью “Нравственное и умственное состояние современной России”, в которой основными последствиями революции называл “моральную деградацию населения”, чудовищный рост преступности и “половую вольность” с невероятным распространением венерических болезней (Воля России. Журнал политики и культуры. 1922. № 4. С. 25 – 33. № 5. С. 21 – 33).

⁴⁵ Современные записки. 1927. Т. 32. С. 401 – 406.

95-летие Московского НИИ психиатрии

Содержательно прошло чествование 95-летия Московского НИИ психиатрии, ставшего под собственный юбилей одним из филиалов “Федерального центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского”, — отражение неуклонной деградации былых завоеваний.

Директор Института проф. В. Н. Краснов был краток, но продемонстрировал ведущую роль института на протяжении его истории: почти вся московская психиатрия прошла через институт. Выступления сотрудников института были посвящены их выдающимся учителям: Гурович и Гофман рассказывали о Самуиле Григорьевиче Жислине, Полищук — о Юрии Сергеевиче Николаеве и Николае Феофановиче Шахматове, Мариничева — о Владимире Павловиче Эфроимсоне, Холмогорова (наиболее ярко) — о Блюме Вульфовне Зейгарник, Мосолов — о Григории Яковлевиче Авруцком, Висневская — о Груне Ефимовне Сухаревой.

Тиганов напомнил, что его связывают с институтом первые шесть лет профессиональной деятельности, когда он начинал у Леона Лазаревича Рохлина. Ястребов и Цыганков дополнили сказанное вкладами института в развитие психиатрической службы, особенно подчеркнув роль Исаака Яковлевича Гуровича. Шкловский рассказал о своем в самом деле беспримерном Центре, а Савенко (как летописец Института еще к его 50-летию) — о трех сокрушительных разгромах института 1924, 1936 – 1937 и 1951 годов, которыми закончились три выдающихся направления отечественной психиатрии. По сравнению с ними последующие этапы развития института выглядят благополучными, исключая “оптимизацию” института в

1970 – 1979 гг., возобновившуюся в отношении всего здравоохранения, образования и науки с прошлого года. До сих пор ни в изданной “Истории отечественной психиатрии”, ни в конференц-зале института среди портретов его директоров нет, судя по всему, расстрелянных в 1937 г. Вульфа Абрамовича Внукова и его заместителя А. М. Рапопорта, хотя Внуков возглавил после смерти Л. М. Розенштейна не только институт, но и кафедру психиатрии I-ого ММИ, и был первым заведующим кафедрой судебной психиатрии, автором ценной монографии “Судебно-психиатрическая экспертиза психопатий”. Нет ни портрета, ни упоминания о выдающемся невропатологе Вильгельме Вильгельмовиче Крамере, лечащем врача Ленина, который добился распоряжения о учреждении института и был также организатором Института нейрохирургии и организатором и руководителем Кремлевской поликлиники, имя которого институт носил в 1934 – 1941 гг. Такова инерция советского менталитета.

Только в одном выступлении прозвучал протест против упреков и “охаивания” психиатрии и надежда на “мудрое руководство Зураба Ильича Кекелидзе”, под дружный смех и аплодисменты зала. — З. И. закрыл голову руками. В своем выступлении Зураб Ильич подчеркнул, что не допустит нарушения автономии учреждений, составляющих Федеральный центр психиатрии и наркологии. Завершением стала красивая церемония окончания учебного курса 15 ординаторов.

Ю. С. Савенко

Московское общество психиатров накануне съезда

9 сентября 2015 года состоялось отчетно-перевыборное собрание Московского общества психиатров. Проф. Сергей Николаевич Мосолов, 20 лет возглавлявший общество, сделал очень содержательный и интересный отчетный доклад, в котором впечатляло количество проведенных заседаний, приглашенных с лекциями зарубежных коллег и работа с молодежью. Тем досаднее, что полным молчанием были обойдены самые болевые проблемы последнего года: разрушительная реформа службы психиатрической помощи и ликвидация самостоятельности Московского НИИ психиатрии накануне его 95-летия, критическое положение с лекарственным обеспечением и нападки на демократические завоевания закона о психиатрической помощи. Никаких откликов в отношении этих поворотных для нашего предмета событий от Московского общества не последовало. Осталась без ответа и наша критика по профессиональным лечебным и судебным экспертным вопросам. Поражает пассивность психиатров, которые традиционно, в силу своей профессии, были в дореволюционные времена в первых рядах защитников гражданских прав и свобод наших больных и психического благополучия населения страны. Между тем, происходят утечка кадров, уменьшение притока новых сил и снижение уровня, — культурного, этического и профессионального эн-

тузиазма. В этих условиях, когда особенно необходимы солидарность и консолидация сил, в частности, с НПА России, этого не происходит. Нас даже не пригласили на это заседание.

В отличие от Санкт-Петербургского общества, насчитывающего в своих рядах несколько тысяч членов, в Московском обществе фактически 246 человек, т.к. половина не платят членских взносов. Кроме того, существующий раскол в среде московской психиатрии сузил число членов до научных сотрудников. Городские психиатры давно отделились. В этих условиях особое значение приобретали перевыборы председателя общества. Выдвинутая кандидатура главного врача городской клинической психиатрической больницы им. В. А. Гиляровского проф. Г. П. Костюка могла бы положить конец расколу, но этому помешало его отсутствие на собрании, на котором было всего около 40 человек. Согласно новому, недавно зарегистрированному уставу общества, председатель может оставаться на этом посту два срока. В результате проф. Мосолов был переизбран на очередной срок. На собрании был согласован список 40 делегатов на съезд психиатров, еще около 20 широко известных психиатров в него не попали в силу отсутствия членства в обществе. Эта пассивность — прямое следствие переживаемой нами эпохи перемен, эпохи безвременья.

Очередная атака на закон о психиатрической помощи

Трагическое происшествие в Нижнем Новгороде, где психически больной убил и расчленил своих пятерых детей, беременную жену, и был остановлен накануне убийства своей матери, послужило очередным поводом нашим думцам попиариться. На этот раз зам. главы Комитета по конституционному законодательству Госдумы Вадиму Соловьеву, представителю фракции КПРФ, предложившему минздраву рассмотреть возможность принудительной госпитализации в психиатрический стационар не при явно выраженных симптомах душевой болезни, а только при подозрениях на психическое заболевание. НПА оказалась востребованной более чем десятком масс-медиа — газет, радио и ТВ. Существо этих интервью было размещено на сайте Ассоциации.

“Думцы не в первый раз хотят уничтожить основное демократическое завоевание в области психиатрии — опосредование любых недобровольных мер через судебную процедуру, то есть сердцевину закона о психиатрической помощи. Хотят сделать главным предназначением психиатрии полицейскую функцию — защиту общества от душевных больных, а не защиту психически больных как самой уязвимой категории граждан и даже не соответствующий баланс этих задач.

Закон о психиатрической помощи предусматривает все необходимые меры. Дело не в законе, а в правоприменении и в полноценной психиатрической службе, которая разрушена осуществляемой с ведома тех же думцев так называемой реформой здравоохранения.

Ушли времена когда — как в 1924 – 35 гг. — психопрофилактическое и психогигиеническое направления советской психиатрии добились наилучших в мире результатов. Они до сих пор пример для подражания, но не у нас. Психиатрическая служба, нуждавшаяся для полноценного функционирования в удвоенном бюджета, получила его сокращение вдвое и, — в результате, — сокращение числа больниц, числа коек, числа персонала и врачей, сроков пребывания в больнице, времени, отпускаемого на одного больного, средств на лекарства, оплаты труда и т.д. Это фактически принуждение к халтуре, к недолеченности и, конечно же, к неизбежному возрастанию риска агрессивных и аутоагрессивных действий.

Но не следует забывать, что уровень криминальных действий в общей популяции значительно выше, чем среди психически больных. Поэтому иначе, чем лицемерием и мракобесием эту очередную дичь со стороны наших так называемых парламентариев назвать невозможно”.

Ю. С. Савенко

Психиатрическая служба Нижнего Новгорода и Тамбова в эпоху кризиса

В 2015 г. НПА России работает по проекту “Защита прав граждан с психическими расстройствами”, который финансируется из средств госбюджета по гранту, выделенному в соответствии с распоряжением Президента. Программа предусматривает проведение семинаров для юристов, оказывающих бесплатную юридическую помощь, и контроль за соблюдением прав пациентов психиатрической службы. Одно из направлений работы, которой НПА занимается с самого начала своей деятельности, — посещение психиатрических стационаров страны, мониторинг того, как меняется психиатрическая служба, и попытка понять, что надо сделать, чтобы права пациентов беспрекословно соблюдались.

Весной — летом 2015 г. сотрудники ассоциации посетили две крупных психиатрических больницы страны — в Нижнем Новгороде и Тамбове, — причем оба раза по приглашению их главных врачей.

Обе больницы — клинические, это и лечебные, и учебные учреждения, обе основаны до революции: Нижегородская в 1889 году, а Тамбовская и вовсе старейшая в стране, существует с 1802 г. У истоков стояли корифеи отечественной психиатрии: в Нижнем Новгороде — Петр Петрович Кашенко, в Тамбове — Владимир Петрович Сербский. Обе больницы чтут свою историю, бережно сохраняют заложенные много десятилетий назад традиции гуманного отношения к пациентам. Обе построены по классическому для психиатрических больниц XIX века павильонному типу, однако каждая имеет свою историю и идет своим путем.

Психиатрическая больница Нижнего Новгорода расположена на небольшой территории в самом центре города в 900 метрах от Кремля. Место столь привлекательное, что на него неоднократно покушались различные организации, но пока удалось отстоять.

Больничные постройки — это два старых здания, сохранившиеся со дня основания больницы, и относительно новый 4-й этажный корпус. Первоначально старые корпуса были рассчитаны на 63 человека, однако в советские времена там размещалось до 200 человек, и дежурившие ночью врачи должны были буквально перешагивать через пациентов. В 1997 г. построили большое новое здание, однако оно планировалось, как общежитие, и лишь потом было переоборудовано под больницу. Сегодня в нем размещается около 150 человек — это, как здесь говорят, круглосуточный стационар, в отличие от дневного стационара, который здесь называют отделением дневного пребывания. Задача сокращения больничных коек и переноса лечения на амбулаторное звено была решена еще в 2003 году, когда 425 стационар-

ных коек сократили до 200, а количество мест в дневном стационаре было увеличено с 50 до 200. В результате, в городе имеется 5,5 койки на 10 000 населения, и по мнению главного врача больницы, этого вполне достаточно. Средняя продолжительность лечения в больнице составляет сегодня 60 дней, причем перед переводом на амбулаторное лечение пациенты проходят определенную подготовку: частичная госпитализация — домашние отпуска — дневной стационар — амбулаторная помощь. У каждого индивидуальный маршрут.

Условия в стационаре, прямо скажем, не слишком комфортные: ничего кроме длинного коридора и небольших палат на 6 человек, 3,5 кв. м площади на человека, в палатах ничего кроме кроватей, пациентам негде хранить свои личные вещи, негде проводить досуг. К тому же отсутствует возможность организовать прогулки. Территория больницы для этого не приспособлена, не хватает персонала. Тем, кого навещают родственники, отпускают погулять под ответственность последних. Однако есть и одинокие больные, причем среди них немало таких, которые находятся в больнице по социальным показаниям: своего жилья у них нет, а в ПНИ не берут, поскольку они склонны к агрессивным или ауто-агрессивным действиям.

Благодаря преемственности стационарной и амбулаторной службы после выписки пациентам обеспечивается лекарственная поддержка в течение 85–90 дней. Это создает хорошую основу последующего самостоятельного лечения.

Отделения остро нуждаются в ремонте, однако больница не имеет на это средств. Не самая бедная Нижегородская область вот уже много лет не выделяет на ремонт больницы ни копейки, и больница сама зарабатывает и сама ищет внебюджетные средства на свои нужды. Приходится выбирать: что важнее — внешний вид зданий или внутреннее устройство. Выбрали последнее. Провели перепланировку, отремонтировали мебель, пианино, сделали косметический ремонт. Сегодня в дневной стационар производит впечатление вполне пригодного к эксплуатации здания, но главное — пациенты получают там помимо лекарственной терапии целый комплекс разнообразных услуг — от арттерапии и занятий с психологом до кружка вязания и гарденотерапии (от английского garden — сад). Для родственников организованы просветительские занятия по психическому здоровью, больница поддерживает местное отделение общероссийской организации инвалидов по психическому заболеванию “Новые возможности”, предоставляет им помещение, помогает в их работе. Стены увешаны картинами как профессиональных художников, так

пациентов, много наглядного материала: “Помоги себе сам”, “В помощь родственникам”, “Клуб ищущих работу” и т.п. Услуги дневного стационара очень востребованы, очередь — по меньшей мере на две недели вперед.

В стационаре разрешены мобильные телефоны, которые хранятся у медсестры, и по любой просьбе пациенту предоставляет возможность позвонить. Иметь при себе телефон постоянно запрещено: его и хранить негде, и были случаи несогласованного фотографирования пациентов и размещения этих фотографий в интернете.

На психиатрическую службу Нижнего Новгорода много жалоб, однако эта больница — исключение. Здесь недопустимы грубость и оскорбление больных, врачи и персонал делают все, чтобы пациенты не чувствовали себя ущемленными, переносили тяготы не слишком комфортного пребывания в стационаре, сохраняли связь с психиатрической службой и после выписки.

Пару лет назад был утвержден проект нового красивого здания, который успешно прошел экспертизу. На территории больницы уже освободили пространство для строительства нового корпуса, однако недавно получили письмо от местных властей, что в связи с сокращением финансирования строительство невозможно, в области будут достраивать только уже начатые объекты. Деньги нужны для стадиона, который должен быть построен к чемпионату мира по футболу в 2018 г., и ветки метро, которую также планируют сдать в эксплуатацию к этому времени. Для сравнения: стадион обойдется городу в 50 млрд. руб., метро — в 18 млрд., а на столько необходимое здание больницы нужно было выделить 850 млн. Но их нет в стране, где главное — спорт и вооружение.

Психиатрическая больница в Тамбове — большая — на 1200 коек, за последние годы сократилась до 1027, которые заполнены полностью, а иногда даже с избытком. Здесь два старых и один новый корпус, большая благоустроенная территория, огороженные дворики для прогулок. Больница является частью больничного городка: рядом большая клиническая больница, противотуберкулезный диспансер, центр “АнтиСПИД” и т.д. Здесь оказывают и психиатрическую, и наркологическую помощь, есть экспертное отделение и отделение для принудительного лечения, причем его утопающий в цветах уютный дворик вызывает у многих посетителей одинаковые эмоции: хотелось бы так полечиться!

В старых корпусах высоченные потолки, что создает ощущение простора и большого количества воздуха, исходно большие палаты — на 20 человек — с помощью перегородок превращены в 4-х местные, после чего они сразу стали более уютными, на окнах занавески, цветы. Туалеты чистые, недавно отремон-

тированные, но ваннх комнат и душа явно не хватает. О том, чтобы санитарные удобства были в каждой палате никто и не мечтает.

В коридорах висят “Ящики доверия”, куда каждый пациент может положить записку со своими пожеланиями, жалобами и т.п. Организована служба экстренной психологической помощи и анонимное консультирование.

В 2008 г. построен загородный корпус в пос. Радужный, где разместились детское отделение, отделение пограничных состояний и реабилитационный центр. Здесь же находится общежитие для тех, кто остался без жилья и утратил социальные связи. Конечно, 40 коек недостаточно, да и находиться здесь можно лишь ограниченное время — обычно полгода-год, но это хорошая поддержка для тех, кто ищет выход из трудной ситуации и способен сам себя обслуживать.

Под опекой администрации больницы находится около 200 человек, в больнице много реабилитационных программ, и в некоторых случаях удается восстановить дееспособность. Другие ждут очереди в психоневрологические интернаты, которых в области катастрофически не хватает. Сегодня в помещении в ПНИ нуждаются 127 человек, а это значит, что последним придется ждать более трех лет.

Тамбов не столь популярное для туристов место, здесь не планируют никаких грандиозных спортивных мероприятий, и власти города понимают, что психическое здоровье — важнейшая составляющая нашей безопасности и здоровья населения в целом, а отношение к людям с психическими расстройствами — лицо общества. Только что больнице передали здание роддома, и сейчас решается вопрос о том, как его лучше использовать. Возможно, туда переедет вся амбулаторная служба, может быть, откроют анонимный наркологический центр, может — что-то еще, но главное — это обязательно будет на пользу пациентам.

Психиатрические больницы в Нижнем Новгороде и в Тамбове возглавляют энтузиасты своего дела, опытные врачи-психиатры — Юрий Александрович Сучков и Андрей Константинович Гажа. Оба лауреаты конкурса “За подвижничество в области душевного здоровья”, который призван отметить регионы, в которых лучше всего организована работа с пациентами. Оба читают “Независимый психиатрический журнал”, искренне заботятся о благе больных и не забывают при этом о персонале. Психиатрическая помощь перестала быть чисто фармакологической, сегодня она включает в себя целый комплекс психотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий, однако для дальнейшего развития в этом направлении необходимо дополнительное финансирование. Говорят, что в психиатрию вновь стала приходить молодежь, интерес к профессии возрождается.

Зачем восстанавливать дееспособность обитателям психоневрологических интернатов?

7 августа президент НПА России Ю. С. Савенко, исполнительный директор Л. Н. Виноградова и руководитель общественной приемной Н. В. Спиридонова по приглашению председателя правозащитного центра Тамбовской области Лидии Ефремовны Рыбиной посетили Тамбов.

Лидия Ефремовна — человек с обостренным чувством справедливости, много лет проработала в органах государственной власти, умеет разговаривать с ее представителями и добиваться своего. Ей нужно все: и восстановить памятник тамбовскому крестьянину — символу крестьянских протестов в первые годы советской власти, и добиться справедливых выборов, и обеспечить соблюдение прав заключенных (она член местной Общественной наблюдательной комиссии) и помочь обитателям психоневрологических интернатов. В то же время, она человек реалистичный, понимающий, что нельзя объять необъятное и не все зависит от нашей воли. В одном из интервью она сказала: “Я же не Дон Кихот, чтобы бороться с ветряными мельницами. Свой силы, знания и опыт направляю только туда, где могу сделать что-то реально, помочь хотя бы одному слабому человеку”. Вот и на этот раз — она была обеспокоена судьбой людей, проживающих в ПНИ, думала, кому из них можно восстановить дееспособность.

Психоневрологический интернат Тамбовской области № 3 — один из лучших, благодаря усилиям его директора Виктора Васильевича Литвинова. Он расположен в селе Кузьмино-Гать и отделен лесом от всех сельских построек. На огромной территории в 5,17 га раньше помимо корпусов для проживания больных и персонала, административных и хозяйственных построек были поля и скотный двор. Интернат имел 250 голов свиней, сам производил корм для них, обеспечивал своих обитателей свежими овощами и фруктами. Люди занимались полезным делом и чувствовали себя востребованными. Но от этого пришлось отказаться, сказали: “это не ваше дело”.

Интернат рассчитан на 310 койко-мест и используется на полную мощность. Обитатели интерната проживают в одном 2-х этажном корпусе, 110 м в длину, на первом этаже соматически отягощенные хроники, на втором — более сохраненные больные. Здания старые, сталинских времен, деревянные лестницы и переходы несколько раз горели, пришлось менять, перестраивать. Столовая работает в две смены. Кормят на 220 руб. в день, говорят, что вкусно, каждый день мясо и свежие фрукты.

Сейчас все в относительно пристойном виде, но условия спартанские: комнаты на 6–8 человек в отделениях для лежачих и на 3–4 — для более сохран-

ных больных. Тумбочек нет, личные вещи люди хранят в камере хранения, у каждого есть ключ от своего шкафчика, но чтобы попасть к нему, нужно просить медсестру. Туалеты и умывальники в коридоре, душевая комната — в корпусе. Есть баня, летом можно пользоваться душем на улице. Досуг обитателей интерната ничем не занят, хотя к праздникам всегда готовят концерты, выступления. Есть тренажерный зал, но в отсутствие инструктора по физиотерапии, больные его не используют. Психотерапия и социальная реабилитация не предусмотрены, трудотерапия сводится к работе в прачечной или на пищеблоке. Тем, кому повезет, могут разрешить выполнять работу дворника или садовника.

Директор — Виктор Васильевич Литвинов — энтузиаст, истово любящий свое дело и вкладывающий в него душу, делающий в условиях ограниченного финансирования больше, чем можно себе представить. Личным примером влияет на сотрудников, поощряя их делать все, чтобы больные чувствовали себя более комфортно. При поступлении жалоб от больных, при обсуждении конфликтных вопросов всегда спрашивает: а как бы Вы поступили, если бы это был Ваш отец/мать, брат/сестра? И это работает. На грубость персонала никто не жалуется. Те, кто признан недееспособным, жалуются на отсутствие возможности самостоятельно выходить за территорию интерната, свободно распоряжаться своими деньгами, ездить в гости к близким, работать вне стен интерната.

Единственный врач-психиатр на 310 человек — Зинаида Федоровна Никифорова, как говорят, “живет в интернате”. Знает всех по именам, помнит историю каждого и искренне желает всем лучшей доли. Но, конечно, ее желания и усилий недостаточно, нужны специалисты, которые будут заниматься социальной реабилитацией, помогать людям стать самостоятельными, научиться принимать решения, общаться с окружающими.

Подопечные мечтают о восстановлении дееспособности, полагая, что это сразу улучшит их жизнь в интернате. Между тем, никаких специальных программ, направленных на улучшение социального функционирования больных, приобретение навыков самостоятельной жизни (пусть и в стенах ПНИ, но более осмысленной) в интернате не существует. Этим просто некому заниматься. Есть один культ-работник, которая готовит с людьми концерты, носит книги из библиотеки, старается чем-то заинтересовать. Зарплата сотрудников — 6–8 тысяч в месяц. Конечно, голодным не будешь, но кто придет работать за такие деньги?

Из пяти обитателей ПНИ, в отношении которых решался вопрос о возможности восстановления дееспособности, комиссия НПА России, не выбрала ни одного. Все они упорядочены в поведении, не нарушают режим интерната, работают, не конфликтуют с администрацией и другими больными, но все социально дезадаптированы, не способны принимать взвешенные решения и помощь окружающих, не ориентированы в простых вопросах самостоятельной жизни и легко могут оказаться жертвами мошенников и не-

добросовестных людей. С другой стороны, некоторые из них вполне способны к обучению и в перспективе могли бы проживать самостоятельно. У Лидии Ефремовны есть хороший план — устроить группу относительно молодых обитателей ПНИ в профессиональное учебное заведение, где они смогут получить профессию, с проживанием в общежитии под присмотром кого-то из сотрудников ПНИ. Поддержка местной власти имеется. Дело за малым — найти средства на реализацию этого проекта.

Вклад НПА России в развитие бесплатной юридической помощи людям с психическими расстройствами

В 2015 г. НПА России работала по проекту “Защита прав граждан с психическими расстройствами”, при реализации которого использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации № 11-рп от 17.01.2014 г. на основании конкурса, проведенного ООД “Гражданское достоинство”. Проект направлен на обеспечение людей с психическими расстройствами правовой помощью и содействие развитию государственной системы бесплатной юридической помощи, регулируемой Федеральным законом “О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации”.

Закон действует с 2012 года, однако его выполнение нельзя признать удовлетворительным. Согласно закону, право на оказание бесплатной юридической помощи имеют в настоящее время 18 % населения, но получили ее в 2013 – 2014 гг. немногим больше 1 %, в том числе среди малоимущих 0,23 %, среди инвалидов 1 и 2 групп — 0,38 %, признанных судом недееспособных — 0,2 %.

Основная работа по оказанию бесплатной юридической помощи населению реализуется государственными юридическими бюро и (или) адвокатами, участвующими в государственной системе бесплатной юридической помощи. И здесь характерна большая неоднородность регионов Российской Федерации. Безусловными лидерами выполнения государственной программы бесплатной юридической помощи являются Пензенская область, где эффективно работает юридическое бюро, и в 2013 г. такую помощь получили 63 тыс. человек, и Санкт-Петербург, где в том же году было зарегистрировано 23,5 тыс. случаев обращений к адвокатам. Для сравнения, в Москве в 2013 году, не было ни одного случая оказания бесплатной юридической помощи, в Московской области, где в Дмитровском районе действует юридическое бюро, — 346 случаев. В Москве и Московской области эту брешь с успехом заполняла общественная при-

емная НПА России, где за год бесплатную юридическую помощь получили около 1000 человек.

Согласно данным Минюста, 18,99 % адвокатов являются участниками программы оказания бесплатной юридической помощи. В Москве, например, в этой программе зарегистрировано более 800 адвокатов, однако по нашим данным, многие из них даже не знают об этом. В 2014 году на программу бесплатной юридической помощи было выделено 184,5 млн. руб., однако выплачено из них чуть меньше 64 млн. руб., то есть немногим больше 30 %.

Опыт работы НПА показывает, что с одной стороны, граждане с психическими расстройствами часто просто не знают о своем праве на получение бесплатной юридической помощи, а с другой — юристы и адвокаты, оказывающие бесплатную юридическую помощь, порой отказывают в ней этой категории граждан, считая их неадекватными, непредсказуемыми и опасными. Поэтому необходима специальная работа по просвещению и информированию граждан об этой государственной программе, с одной стороны, а с другой — специальные образовательные программы для адвокатов, оказывающих бесплатную юридическую помощь людям с психическими расстройствами.

С этой целью в рамках проекта было издано руководство Ю. Н. Аргуновой “Права граждан с психическими расстройствами” (М., 2015, 768 с.), в котором рассматриваются вопросы правового положения лиц с психическими расстройствами, регулируемого законодательством об охране здоровья, о социальном обслуживании, защите инвалидов, а также гражданским, гражданско-процессуальным, семейным, трудовым, жилищным и иным законодательством с учетом последних изменений законодательства. Серьезной проблемой при подготовке руководства являлось быстро меняющееся законодательство, большое количество новых нормативно-правовых актов, появление которых заставляло вносить коррективы в уже написанные разделы. Так Федеральным законом от 8 мар-

та № 22-ФЗ введен в действие Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации. Глава 30 «Производство по административным делам о госпитализации гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, о продлении срока недобровольной госпитализации или о психиатрическом освидетельствовании в недобровольном порядке» вносит существенные изменения в процедуру недобровольной госпитализации и недобровольного освидетельствования. Данные изменения начали действовать с 15 сентября 2015 г., и они подробно описаны в изданном руководстве. Руководство было распространено среди специалистов, работающих в психиатрии — врачей-психиатров, социальных работников, юристов, а также адвокатов, оказывающих помощь людям с психическими расстройствами.

За время выполнения проекта было проведено 4 семинара для юристов и адвокатов, оказывающих бесплатную юридическую помощь: 27 мая в Нижнем Новгороде (40 чел.), 17 июля в Саратове (25 чел.), 21 августа в Вологде (55 человек) и 28 августа в Пскове (35 чел.). Семинары в Нижнем Новгороде и Саратове проводились с участием местных НПО: в Нижнем Новгороде это была региональная организация поддержки детей и молодежи с ограниченными возможностями «ВЕРАС», в Саратове — правозащитный центр «Юпитер». Переговоры с руководителями юридических бюро и адвокатских палат (Москва, Московская область, Самара, Иркутск, Саратов, Петрозаводск, Мурманск, Иваново и др.) поначалу шли с большим трудом, они не проявляли заинтересованности в предлагаемой теме, однако в ходе выполнения проекта и проведения семинаров удалось переломить эту тенденцию, и к концу проекта у нас уже были приглашения от нескольких адвокатских палат, которые мы не смогли удовлетворить (Ульяновск, Пенза, СПб и Ленинградская область и др.). Семинары в Вологде и Пскове были организованы при поддержке местных адвокатских палат и включены в программу повышения квалификации адвокатов. Адвокатская палата Вологодской области настойчиво просит провести аналогичный семинар для адвокатов г. Череповец, которые не могли приехать 21 августа.

На семинарах специалисты НПА России знакомят присутствующих с правилами работы с людьми с

психическими расстройствами, рассказывали об основных типах обращающихся и тактике работы с ними. Основным докладчиком на всех семинарах была руководитель юридической службы НПА России, ведущий специалист в области психиатрии и права, кандидат юридических наук, советник юстиции, автор многочисленных руководств по правам граждан с психическими расстройствами Ю. Н. Аргунова. Она рассказывала адвокатам об основных нарушениях прав граждан с психическими расстройствами при оказании психиатрической помощи и знакомила с наиболее важными решениями Европейского суда по правам человека и Конституционного Суда РФ, касающимися этих вопросов. Был дан подробный обзор и оценка новых правил применения недобровольных мер в психиатрии, которые начали действовать с 15 сентября 2015 г. в соответствии с Кодексом административного судопроизводства РФ, и рассмотрены правовые коллизии, которые возникают в связи с тем, что КАС РФ допускает проведение судебного заседания о недобровольной госпитализации в отсутствие пациента. Рассматривался также вопрос о введении новой правовой категории — ограниченной дееспособности граждан с психическими расстройствами, были даны рекомендации по ведению дел о признании граждан недееспособными, дееспособными и ограниченно дееспособными. По общему мнению присутствовавших, в этих областях больше вопросов, чем ответов, и необходимо тесное взаимодействие всех заинтересованных сторон, включая адвокатов, судей, врачей-психиатров и представителей пациентских организаций для выработки общей стратегии и тактики применения новых законов.

Результаты выполнения проекта свидетельствуют о правильности политики государства в отношении включения лиц с психическими расстройствами в программу бесплатной государственной юридической помощи. Граждане с психическими расстройствами, как никто другой, нуждаются в такой помощи, и она должна быть своевременной и квалифицированной. А для этого необходимо, во-первых, информировать граждан об их правах, а во-вторых, консультировать юристов и адвокатов относительно особенностей оказания такой помощи. НПА России убеждена в необходимости продолжения проекта и ищет средства на его финансирование.

Семинар для органов опеки и попечительства в Пскове

27 августа в г. Пскове состоялся семинар на тему: «Обеспечение правовых гарантий и реализация прав граждан, признанных недееспособными». Для его проведения начальником отдела опеки и попечительства Главного государственного управления социальной защиты населения Псковской области была приглашена руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова. На семинар съехались работники органов опеки и попечительства со всех уголков Псковской области, представители Нотариальной палаты, директора трёх психоневрологических интернатов, главный врач и юрист психиатрической больницы, члены Ассоциации юристов. Всего 38 человек. Это уже второй семинар в регионе по данной проблематике с участием Ю. Н. Аргуновой. Первый состоялся в 2011 г., в нем приняли участие также руководители Управления Росрегистрации по Псковской области и председатель Псковского горсуда.

В рамках нынешней встречи были рассмотрены наиболее сложные вопросы, касающиеся правового положения недееспособных граждан, полномочий опекунов и органов опеки в отношении лиц данной категории. Не остались без внимания и проблемы ограничения дееспособности лиц с психическими расстройствами. Состоялась дискуссия по вопросам о наделинии психиатрической больницы опекунами обязанностями в отношении недееспособных пациентов; о частичном сохранении опекуном — физическим лицом своего статуса при помещении подопечного в ПНИ; о судебном порядке помещения недееспособного лица в данное учреждение, если он не способен выразить свою волю; о возможности временного вы-

бытия недееспособного из интерната, исполняющего в отношении него опекунические функции.

Во второй половине дня было организовано посещение Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Производственно-интеграционные мастерские для инвалидов им. В. П. Шмитца». Цель учреждения — профессиональная и социальная реабилитация людей с ограниченными умственными и физическими возможностями старше 18 лет. Главной задачей работников учреждения является восстановление индивидуально-личностного статуса инвалида и формирование (развитие) у него навыков самообслуживания. В учреждении работает танцевальный кружок, кружок хорового пения и игры на музыкальных инструментах, краеведческий кружок. Большой интерес вызвало знакомство с отделением растениеводства, в теплицах которого выращиваются тюльпаны, нарциссы, каллы, овощные культуры. В отделении деревообработки воспитанники изготавливают мебель и декоративные изделия для садовых участков, игрушки-пазлы, скворечники и кормушки для птиц. Швейное отделение занято изготовлением постельного белья, сумок, мешочков для подарков, кухонных полотенец и пр., нанесением рисунка на ткань с помощью термопресса. Прачечное отделение предлагает горожанам услуги по стирке, сушке и утюжке белья. Имеется картонажное отделение. Весь ассортимент продукции, выпускаемой в мастерских, можно приобрести в отделении реализации — магазине «Псковский ангел», его продавцы — также воспитанники учреждения.

66-й сонет Шекспира, 1609 г.

Хотя самым точным простым и мощным остается перевод Бориса Пастернака, — он всем известен. Из великого множества существующих переводов 66-ого сонета, чему посвящен специальный сайт в Интернете (<http://libelli.narod.ru/sonnet66/>), выделяется по настоящему современный перевод Владимира Козаровецкого, переведшего все 154 сонета: Шекспир. Сонеты. В 2 томах. М.: НПЦ “Траксис”, 2009. Переводчик пишет: “Суть этого сонета определена его номером. Во времена Шекспира числовой символике придавали огромное значение, и злое число 66 вполне соответствует содержанию: повсеместная и во всем победа зла над добром. Можно сказать, что это — центральный сонет цикла и что весь шекспировский сонетный цикл — это противостояние сонету 66: любовь — единственное, что можно противопоставить все заполнившему злу”.

В 2015 г. все “Сонеты” Шекспира вышли в переводе и с предисловием Анатолия Либермана (М.: Языки славянской культуры, 2015).

66

Постыла жизнь, и только смерти жду:
Как жить, где нет ни веры, ни доверья,
И гордость обрекли на нищету,
И веселятся, чей доход не мерян;
И где кривая власть калечит дух,
И подлость подают как благородство,
И глупость держит ум на поводу,
И честность просто глупостью зовется;
И где добро обслуживает зло,
И честь — всего лишь жалкий предрассудок,
И самых лучших оболгали зло,
И правду, рот зажав ей, нагло судят.
Постыла жизнь. Что ждать, раз выход есть? —
Но любящих меня как бросить здесь?

Пер. В. Козаровецкого

66

Я смерти был бы рад, чтоб не видеть,
Как честность побирается под дверью,
Как на глупцов нисходит благодать,
Как вера превращается в безверье,
Как ложь вершит над правдой приговор,
Как подлость совершенство задушила,
Как девственность выводят на позор,
Как слабость обессиливает силу,
Как власть поэту зажимает рот,
Как чванный хам берется мудрость школить,
Как лишь простак по простоте не врет,
Как зло вольно везде добро неволить.
Я смерти был бы рад. Одна печаль:
Тебя оставить в этом мире жаль.

Пер. А. Либермана

РЕКОМЕНДАЦИИ

Арон Раймон. Опиум интеллектуалов. М., 2015.

Шлейермахер Фридрих. Речи о религии к образованным людям, ее презиравшим. Монологи. М., 2015.

* * *

Шишкин Е. В., Шишкин Г. Е. Гуманитариям о математике. М., 2015.

Александрова Н. В. История математических терминов, понятий, обозначений. Словарь-справочник. М., 2015.

Баррат Джеймс. Последнее изобретение человечества. Искусственный интеллект и конец эры Homo sapiens. М., 2015.

Шпитцер Монфред. Антимозг. Цифровые технологии и мозг. М., 2014.

Бенджамин Артур, Шермер Майкл. Магия чисел. Моментальные вычисления в уме и другие математические фокусы. М., 2015.

* * *

Эко Умберто. Сказать почти то же самое. М., 2015.

Беньямин Вальтер. Бодлер. М., 2015.

Хоружий С. С. “Улисс” в русском зеркале. М., 2015.

Проффер Тисли, Эллендея. Бродский среди нас. М., 2015.

Эпштейн Михаил. Ирония идеала. Парадоксы русской литературы. М., 2015.

* * *

Еврейские хроники XVII столетия. Эпоха “хмельничины”. Пер. и коммент. С. Я. Боровского. Иерусалим-Москва, 2015. (Три знаменитые хроники об одной из самых чудовищных страниц еврейской истории 1648 – 1649 гг., зарезанные советской цензурой в 1937 г.)

Беньямин Вальтер. Люди Германии. Антология писем XVIII – XIX. М., 2015.

Соснин Эдуард, Шувалов Александр, Поизнер Борис. Из света в тень перелетая. Гений и революционеры. М., 2015.

Курилов Слава. Один в океане. История побега. М., 2015.

Гуди Джек. Похищение истории. М., 2015.

Ксенофобия, свобода совести и антиэкстремизм в России в 2014 году. (Сборник ежегодных докладов Информационно-аналитического центра “Сова”). Ред. А. М. Верховский. М., 2015.

* * *

Франклин Бенджамин. Путь к богатству. Автобиография. М., 2015.

Айдексон Уолтер. Альберт Эйнштейн. Его жизнь и его Вселенная. М., 2015.

Леотар Жан-Франсуа. За подписью Мальро. СПб., 2015

Франкл Виктор. Воспоминания. М., 2015.

Сингапурское чудо: Ли Куан Ю. М., 2015.

* * *

Шекспир Вильям. Сонеты (новые переводы А. Либермана). М., 2015.

Гете Иоганн Вольфганг. Райнеке Лис. М., 2015.

Беккет Сэмюэль. Первая любовь. Избранная проза. М., 2015.

Хигер Кристина. В темноте. М., 2015.

ABSTRACTS

WHERE PSYCHIATRY MOVES TO?

Yu. S. Savenko

The prognosis of Max Weber about steadfast mounting formalization and bureaucratization has proved to be correct in psychiatry too even in its classification. Revealing is the trend of ICD in the direction of simplification and pragmatic approach and in clinical practice to standardization.

In Russia reducing of financing and departure from the social model of health care service have led to such criteria of estimation of doctors and scientific workers work which results in compulsion to careless work.

The stylistics of police psychiatry and law enforcement agencies becomes more evident, boorishness of power increases up to level of practical psychiatrists, which promises a tectonic dislocation in the base of public organism itself.

Key words: tendencies of development of Russian psychiatry, police psychiatry.

ABOUT SOME OF THE ORIGINAL ORGANIZATIONAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF ADDICTIONS IN RUSSIAN NARCOLOGY. OUTSIDE POINT OF VIEW

F. B. Plotkin (Minsk, Belarus)

The content of the article "Starting with hedonism and anomie, passing through alcohol and drugs, ending at ecstatic pseudo-Christian religious groups: sobriety at any price?" of N. Kaklyugin, which was published in 4 issues of the "Narcology" journal (No. 2, 3, 5, 6; 2015), has been analyzed in details. The attention is drawn to the predominance of a religious subject-matter in the form of the discussion of inter- and intra-confessional problems, that is far from the profile of the journal. The article indicates a paradoxical situation in Russian narcology, when instead of prevention of the use of psychoactive substances; the emphasis is made on the rehabilitation of the individuals who have become addicted to drugs.

It is stated that it is planned to spend the significant financial funds, which are allocated by the Government of the Russian Federation for the rehabilitation, not on the development of the existing state structures, comprising trained professionals, but for the support of non-governmental rehabilitation centers, mostly with religious orientation. The attention is drawn to the competitive struggle arisen among them, which is not always fair, for the alleged receipt of material resources. The attention is given to a strange decision to entrust police department with the management of rehabilitation of drug addicts. It is stressed a uniqueness of the situation, when senior government executive and legislative structures instead of the relevant ministry are involved in the solution to a highly specialized medical problem. The article contains an appeal for the staff of the "Narcology" journal to focus on the

discussion of the narcological problems with the respective specialization of the journal.

Key words: drug addiction, prevention, treatment, rehabilitation, resocialization, rehabilitation centers for drug addicts, Federal Drug Control Service, Russian Orthodox Church.

NEW ORDER OF INVOLUNTARY HOSPITALIZATION: COLLISIONS IN LEGISLATION AND MEANS OF THEIR SOLVING

Yu. N. Argunova

Presented is comparative-legal analysis of regulations of the Law of psychiatric care and the Code of administrative legal procedure of the RF regulating legal order in involuntary hospitalization in psychiatric facility. Proposed are methods of solving collisions of norms. Proposed are measures for elimination of gaps in legislation.

Key words: involuntary hospitalization in psychiatric hospital, the Code of Administrative Legal Procedure of the RF.

ANALYSIS OF LEGISLATION IN QUESTIONS OF ADMISSION TO DRIVING AND OF POSSESSION OF WEAPONS BY PERSONS WITH BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Valery Saetgareev (Novy Urengoy)

The article deals with problems connected with admission to driving and possession of weapons by persons who had been undergoing treatment in out-patient centers and have been crossed from the register in out-patient centers for reasons not connected with stable remission. The Government order of 29.12.2014 ¹ 1604 and of 19.02.2015 ¹ 143 were taken into consideration.

Key words: admission to driving, admission to possession of weapons, use of psychoactive substances, removal from the register in out-patient center.

THE STAFF OF MENTAL HOSPITALS ON SUICIDAL BEHAVIOR: THE EXPERIENCE, KNOWLEDGE AND ATTITUDES

E. B. Lyubov and Research group

One way to prevent suicidal behavior (SB) is to improve the awareness and vigilance of the personnel of mental hospitals. During an anonymous survey within the framework of a multicenter study the position in regard to SB of 1485 psychiatrists, medical psychologists, counsellors, nurses, social workers was studied. More than half of psychiatrists were faced with SB of the patient. The majority of respondents referred to suicides with empathy. Mental disorders were considered the most common cause of SB and pharmacotherapy

Аннотации

was the most appropriate way of its correction. The majority of respondents shared the idea of euthanasia, showed interest in the target preparation. Staff of the mental hospitals requires systematic training for the management of patients with SB.

Key words: suicidal behavior, in-patients, staff, experience, knowledge, position.

MENTAL HOSPITALS PERSONNEL JOB SATISFACTION AND FACTORS DETERMINING IT (BY ESTIMATIONS OF DOCTORS AND MEDICAL NURSES)

T. G. Svetlichnaya, E. A. Smirnova (Arkhangelsk)

The authors describe the results of the medico-sociological research of job satisfaction of health workers in mental hospitals. Base for exploring served as 2 regional centers for mental health care in the Vologda oblast. The volume of observations was 78.3 per cent of the staff employed at the time of the study of doctors and nurses. Only 40,2% of health

workers are satisfied with their work. When inadequate social support health workers from the government a chance to be unsatisfied from work increased by 1.86 times. At the same time a group of motivating factors, including symptoms of emotional burnout syndrome have a direct impact on job satisfaction: the stress (1,72), headache (1,60) and raising blood pressure (1,88).

Key words: job satisfaction, hygiene factors motivating factors, health professionals, psychiatric hospitals.

ON THE LIMITS AND CONSEQUENCES OF USING MORAL JUDGMENTS IN THE DIAGNOSIS OF PERSONALITY ABNORMALITIES

B. V. Voronkov (St. Petersburg)

The author discusses the role of evolutionary genetics in the development of morality as a product of human evolution, clarifies the possibility of using moral judgments in the diagnosis of psychopathy.

Key words: conscience, psychopathy, evolutionary genetics.

11-й международный конгресс по психиатрии в Александрии

ЗАПОЛНЕНИЕ ПРОБЕЛОВ МЕЖДУ НАУКОЙ И ПРАКТИКОЙ

30 октября – 1 ноября 2015 г., Александрия, Египет

molokhiatark@yahoo.com; <http://www.psychiatryalex.com>

Международный конгресс ВПА

СОЕДИНЕНИЕ АЗИИ СО ВСЕМ МИРОМ: НОВАЯ ЭРА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

18 – 22 ноября 2015 г., Тайпей, Тайвань

E-mail: system1@wpaic2015tw