

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2017

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
С. А. Игумнов
В. Е. Каган
В. А. Кажин
Г. М. Котиков
В. В. Мотов
Б. Н. Пивень
П. А. Понизовский
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Sergey Igumnov
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Grigori Kotikov
Vladimir Motov
Boris Piven
Pavel Ponizovski
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 18.03.2017. Подписано в печать 30.03.2017. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2017-1-ИРА.

Цена свободная

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

© НПА России, 2017

Содержание

Классики отечественной психиатрии и власть: юбилей В. М. Бехтерева и П. А. Останкова	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
К дискуссии об организационной реформе в отечественной психиатрии — А. Е. Бобров	7
Реформа или антиреформа? — В. Я. Евтушенко	12
Реорганизация психиатрической помощи в силу сокращения финансирования — Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко.	16
ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЙ НА XV СЪЕЗДЕ НПА РОССИИ	
В. И. Крылов	18
В. Ф. Перейма	19
Резолюция XV съезда	21
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Хенрикус Корнелиус Рюмке. Провцветающая психиатрия в опасности (1954)	22
Асмус Финзен. Диагностика шизофрении: “Praesox-gefühl” — летучий голландец психиатрии? (2011).	32
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Неблагоприятное течение биполярного психоза — А. С. Аведисова.	42
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Сохранение врачебной тайны после смерти пациента — Ю. Н. Аргунова	46
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Волчий билет.	64
“Насилие не опасное для жизни и здоровья” — для экспертов Центра им. В. П. Сербского основание принудительного лечения в стационаре специализированного типа.	66
ОБЗОРЫ	
“Разум-личность-общество”: Конгресс Германской ассоциации психиатров, психотерапевтов и неврологов в Берлине — П. А. Понизовский.	69
Коморбидность тревожных расстройств и алкоголизма — Ю. Е. Варфоломеева	73
ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ, ПОЛЕМИКА	
Коморбидность: против девальвации термина — Ю. С. Савенко	76
ПСИХОТЕРАПИЯ	
XXII Консторумские чтения.	77
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	
Диалектика труда в психиатрической больнице: “трудотерапия в Кашенко” — И. Е. Сироткина, М. В. Кокорина	82
ХРОНИКА	
Развал психиатрии продолжается.	96
Спустя четверть века Правительство не исполняет 38 статью закона о психиатрической помощи	97
95-летие Центра им. В. П. Сербского	98
Буря в масс-медиа: кошунник” А. Бильжо	100
АЛЕКСАНДР ГЕНРИХОВИЧ ГОФМАН	101
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
В. В. Ханыков. Басенное...	102
РЕКОМЕНДАЦИИ	103
АННОТАЦИИ	104

CONTENTS

Classics of Russian psychiatry and the regime: anniversaries of V. M. Bekhterev and P. A. Ostankov	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
To the debate on organizational reform in the Russian psychiatry — A. E. Bobrov	7
A reform or an anti-reform? — V. Ya. Evtushenko (Moscow Region)	12
Re-organization of psychiatric care due to the reduction of financial support — L. N. Vinogradova, Yu. S. Savenko.	16
FROM SPEECHES AT THE XV-TH CONGRESS OF THE IPA OF RUSSIA	
V. E. Krylov	18
V. F. Pereima	19
Resolution of the XV-th Congress of the IPA of Russia	21
FROM CLASSICAL HERITAGE	
Thriving psychiatry at risk — Henricus Cornelius Rümke	22
Diagnosis of schizophrenia: is “Praecox-gefühl” — the Flying Dutchman of Psychiatry? — Asmus Finzen	32
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Adverse course of bipolar psychosis – A. S. Avedisova, A. A. Goncharenko	42
PSYCHIATRY AND LAW	
Protection of medical secret privacy after the patient’s death — Yu. N. Argunova	56
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Blacklisting	64
“Violence that poses no threat to life and health” — for experts of V. P. Serbsky Center — the grounds for a forced medical treatment in a specialized in-patient psychiatric facility	66
REVIEWS	
“Mind-Person-Society”: Congress of German Association of Psychiatrists, Psychotherapists and Neurologists (DGPPN), Berlin — P. A. Ponizovskiy.	69
Comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence — Yu. E. Varfolomeeva	73
RESPONSES, DEBATES, POLEMICS	
Comorbidity: against devaluation of the term — Yu. S. Savenko.	76
PSYCHOTHERAPY	
The XXII-nd Konstorum readings (the first part)	77
HISTORY OF PSYCHIATRY	
Dialectics of the labor in a mental hospital: “labor therapy” in Kashchenko mental hospital — I. E. Sirotkina, M. V. Kokorina.	82
CHRONICLE	
Continuous collapse of psychiatry.	96
Quarter of a century later, the Government fails to observe article 38 of the Psychiatric care law	97
The 95th anniversary of V. P. Serbsky Center	98
The storm in the mass media: “the blasphemer” A. Bilzho	100
GLORIOUS JUBILEE: ALEXANDER HENRIKHOVICH GOFMAN	101
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
V. V. Khanykov. Fable rhymes...	102
RECOMMENDATIONS	103
ABSTRACTS	104

Классики отечественной психиатрии и власть: юбилей В. М. Бехтерева и П. А. Останкова



Владимир Михайлович Бехтерев

10 лет назад, к 150-летию **Владимира Михайловича Бехтерева (1857 – 1927)**, мы отдали дань восхищения его выдающейся деятельности (НПЖ, 2007, 4, с. 5 – 7). Очень показательно, кто, как и когда писал о нем. Это всегда проективно, автопортретно, конкретно отражает автора и эпоху. И это индикатор затронутых и даже незатронутых тем. Мы вынуждены коснуться здесь только лежащего на поверхности.

Грандиозность фигуры Бехтерева, масштабы его разносторонней деятельности, мировая слава его фундаментальных “Проводящих путей спинного и головного мозга” (1892 – 1896), а затем “Основ учения о функциях мозга” (1903 – 1907), “Общих оснований рефлексологии” (1918), исследований клиники нервных и психических заболеваний обессмертили его имя, присвоенное целому ряду мозговых структур, рефлексов, симптомов, болезней, приборов, лекарств т.д. Но все это **не помешало царским чиновникам** отправить его, полного сил, на гребне успехов и мирового признания, сумевшего в роли начальника Военно-медицинской академии достойно провести ее через бурю революции 1905 – 1906 гг., в отставку за его экспертизу по делу Бейлиса, сфальсифицированного охранкой, и нежелание замять солдатский приказ военного министра Сухомлинова. Более того, министр просвещения Кассо не утвердил

его заведующим кафедрой Женского медицинского института, а за три дня до Февральской революции правительство распорядилось закрыть созданный им Психоневрологический институт, как гнездо оппозиции, куда принимали без всех видов дискриминации.

Все это, вместе с сыгравшими крупную роль выступлениями Бехтерева против бойкота врачами советского режима, против бойкота Советской России странами Антанты, вопреки его продолжающейся выдающейся научной и организационной деятельности: созданию 50 новых учреждений и 12 журналов, авторству 15 больших монографий и свыше 600 научных работ, созданию функциональной анатомии нервной системы, психоневрологии, как целостной дисциплины о психически больном, выдающейся научной школы и номинированию на Нобелевскую премию в 1912, 1914 и 8 раз в 1925 г., **не помешало советской власти** не только погубить его, но в течение четверти века не издавать его многочисленные выдающиеся труды. Не издавать даже в пору доходившей до курьезов кампании за приоритет во всем русской науки. Небольшой томик “Избранных трудов” был издан только в 1954 году с предисловием директора Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева В. Н. Мясищева, который даже после смерти Сталина не решился упомянуть об экспертизе Бехтерева по делу Бейлиса, хотя в непревзойденных “Очерках отечественной психиатрии” Т. И. Юдина, изданных в 1951 году, об этом было написано содержательно и без умолчаний. После крушения советской власти о Бехтереве написали много нового, но педалируя сенсации, а не гражданственность: его психическое расстройство в молодости, его отравление, ошеломительную историю с его прахом и т.п., хотя память об этом была всегда. В 1960 г. был установлен замечательный памятник Бехтереву М. К. Аникушина и открыт музей, директор которого рассказывала обо всем свободно.

Наиболее близкий из первых учеников Бехтерева, начиная с Казани, **Петр Александрович Останков (1867 – 1949)**, который больше чем кто-либо из других учеников занимался клиникой и классификацией психических заболеваний, противостоял расширению границ dementia praecox, впервые описал ряд психопатологических феноменов, посвятил монографии “Фазам мании” и “Клинике аменции” и разработал ряд пионерских методов лечения: один из первых в России лечил прививкой малярии, прививкой брюшного тифа, пересадкой половых желез и впер-



Петр Александрович Останков

вые — плацентарной кровью¹. В 1901 г. он — заведующий кафедрой психиатрии, а с 1907 г. — кафедрой судебной психиатрии Психоневрологического института (впоследствии Второй Ленинградский медицинский институт), с 1915 г. — заведующий кафедрой судебной психиатрии факультета Петроградского университета. С 1918 г. до конца жизни — профессор Женского медицинского института (впоследствии Первый Ленинградский медицинский институт).

Петра Александровича отличало сочетание скромности, высокого достоинства и полемического пыла. Он показал пример редкой до крайности и высоко ценимой в те времена порядочности, превосходящей честолюбие и все выгоды. “В 1912 г., когда Сербский в знак протеста против политики министра Кассо ушел в отставку, Кассо предложил московскую кафедру занять П. А. Останкову, но он демонстративно отказался от этого. Это не прошло для него безнаказанно: в 1915 г. после ухода Бехтерева из Военно-медицинской академии на его кафедру был избран П. А. Останков, но другой министр, Сухомлинов, утвердил не его, а В. П. Осипова”². Такие с большой буквы Поступки недопустимо замалчивать, как бы они не были неудобны в наше время. Между тем, эти и многие другие содержательные сведения об Останкове отсутствуют в “Истории отечественной психиатрии” Ю. А. Александровского (2013), которая содержит

множество серьезных неточностей и умолчаний, в частности, мы не нашли подтверждения номинации Останкова на Нобелевскую премию о чем пишет Ю. А.

В 1918 г. Петр Александрович принял горячее участие в отстаивании своей клинической базы — психиатрической больницы им. И. М. Балинского, которую с большим трудом удалось отстоять перед угрозой ликвидации. С 1929 г. в эту больницу пришел И. П. Павлов, с 1931 г. кафедра А. Г. Иванова-Смоленского, где проводились павловские “Среды”, а с 1933 г. — кафедра В. П. Осипова. Ныне это историческое место перепрофилировано в городскую наркологическую больницу.

В наше время против закрытия психиатрических больниц выступают только рядовые врачи, протест против слияния институтов замят липовыми обещаниями.

В. М. Бехтерев, даже в должности начальника Военно-медицинской академии, находившейся в ведении военного министра, в период революции 1905 – 1906 гг. поддержал всероссийскую забастовку рабочих, подписал коллективный протест против полицейского режима в области просвещения с требованием академических и политических свобод. Как пишет Т. И. Юдин, “В. М. Бехтерев прекрасно понимал тормозящую развитие науки и прогресса роль бюрократического полицейского режима и нередко при реакционных мероприятиях правительства горячо выступал в защиту преследуемых..., умело устранял угрожавшие земской психиатрии наиболее тяжелые для нее бюрократические проекты”, на съездах он выступал с блестящими речами либерально-демократического характера, приводившими к вмешательству полиции. В отличие от Бехтерева, Останков придерживался консервативных взглядов, что видно из его панегирического некролога о Л. Ф. Рагозине, олицетворявшем, согласно Т. И. Юдину, полицейскую психиатрию. Тем выразительнее его отказ министру.

В наше, как и в советское, время имена В. П. Сербского (1856 – 1917) и В. М. Бехтерева (1857 – 1927), людей одних общественных убеждений, носят два самых крупных психиатрических учреждения страны. Но продолжают ли они традиции этих классиков? Соответствует ли их позиция по отношению к власти примеру деятелей, чьи имена носят эти учреждения? Ведь оба решительно сохраняли достоинство и профессиональную независимость психиатрии, а сейчас это полная покорность: любое распоряжение власти исполняется по-армейски.

Ю. С. Савенко

¹ Опираясь, в частности, на исследования гистогенеза соединительной ткани номинанта на Нобелевскую премию 1918 г. А. А. Максимова, полибласты которого — прообраз стволовых клеток. В 1922 г. Максимов бежал из России и стал известным профессором в Чикаго.

² Т. И. Юдин. “Очерки истории отечественной психиатрии” — М., 1951, с. 130.

К дискуссии об организационной реформе в отечественной психиатрии

А. Е. Бобров¹

В работе рассматриваются предпосылки и сложности проходящей реформы психиатрической службы. Подчеркивается, что цель этой реформы должна состоять в повышении качества жизни, связанного с психическим заболеванием. Выдвигаются три группы предложений, которые направлены на оптимизацию реформ. Во-первых, следует добиваться улучшения управления, на основе современных организационных механизмов и методов планирования. Важными условиями этого являются определение промежуточных задач, выработка и введение в практику соответствующих индикаторов, развитие обратных связей и горизонтальных взаимоотношений, а также создание инструментов независимого анализа результатов проделанной работы. Вторая группа предложений заключается в развитии и поддержании процессов самоорганизации коллективов лечебно-профилактических учреждений, направленных на активизацию их профессиональной деятельности. Третья группа предложений касается улучшения взаимодействия лечебно-профилактических учреждений с вышестоящими органами управления и гражданскими сообществами.

Ключевые слова: реформа отечественной психиатрии, стационарная психиатрическая помощь, внебольничная психиатрическая помощь, финансирование психиатрической службы.

В России происходит реформа психиатрической службы. Особый размах она приобрела в Москве, где работает наибольшее количество психиатров. Последние изменения в работе московской психиатрии чувствительно затрагивают многих врачей и медицинский персонал. Идет слияние организаций, меняется их руководство, ряд психиатрических больниц закрывается, одновременно расширяется сеть частных медицинских учреждений. Прослеживаются неоднозначные изменения в системе профессионального образования и науке.

Нужна ли эта реформа? Почему она осуществляется только сейчас? Какие цели и задачи преследуют происходящие изменения? Каким образом они будут осуществляться далее?

На многие из этих вопросов ответов пока нет. Единственное, что мы имеем в распоряжении — это экспертные комментарии НИИОЗММ со ссылкой на проделанную указанным Институтом работу, в которой эта реформа обосновывается необходимостью развития амбулаторной психиатрической помощи, неэффективностью использования имеющегося коечного фонда, а также рекомендациями ВОЗ (Мелик-Гусейнов и др., 2016).

Дефицит имеющейся информации и широкий масштаб предпринимаемых мер заставляет задуматься о

научной обоснованности происходящей перестройки и обратить внимание на действительно острые вопросы организации психиатрической помощи в нашей стране.

Прежде всего, возникает вопрос, насколько нужна реорганизация психиатрической службы. Отвечая на него, следует принимать во внимание, что масштабные организационные изменения в медицине должны происходить в двух основных случаях. Во-первых, когда вследствие динамичного развития здравоохранения накопились серьезные изменения в основах оказания медицинской помощи: появились медицинские технологии, базирующиеся на принципиально новых методах диагностики, лечения или профилактики, произошло изменение уровня и формата подготовки кадров, возникли крупные теоретические сдвиги в профессиональных воззрениях ведущих специалистов отрасли и практических врачей.

Во-вторых, крупная реорганизация может быть продиктована внешними обстоятельствами. К ним, прежде всего, следует отнести кардинальные изменения структуры заболеваемости и болезненности, например, вследствие эпидемий или изменения возрастного состава населения. Большую роль играют также трансформация общественного уклада и менталитета, необходимость экономии или, наоборот массивных финансовых вливаний в медицину. Немаловажное значение имеют субъективные факторы, связанные со сменой руководства, изменением организационных

¹ Московский НИИ психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

“моделей”, административным или социальным давлением.

Рассматривая перечисленные обстоятельства применительно к сложившейся за последние 25 лет форме организации психиатрической помощи, можно сказать следующее. Несмотря на длительный этап развития страны в новых социально-экономических условиях, российская психиатрия в организационном отношении в значительной степени сохранила черты позднесоветской медицины. Естественно, что уже одно это заставляет ставить вопрос о реформировании. Более того, произошедшие за эти годы изменения в психиатрической науке и практике указывают на основные направления, которые должны быть поддержаны и закреплены организационно (Бобров, 2016). Таким образом, необходимость реформирования психиатрических служб не вызывает сомнения, в то время, как ее общее направление заслуживает обсуждения.

Одним из недостатков существующей системы организации психиатрической службы является доминирование стационарной помощи над внебольничной. Другим — преобладание медицинских подходов, ориентированных на медикаментозную терапию над психосоциальными методами. Третий недостаток сопряжен с незначительностью усилий по дестигматизации психических расстройств и всей психиатрической службы. Четвертый организационный и методологический дефект — это слабая профилактическая направленность. Пятой проблемой является сохраняющаяся обособленность психиатрии от общей медицины и значительная зависимость от правовой системы. Имеются и другие “родимые пятна” переходного исторического периода — научно-методологические, кадровые, квалификационные, технологические, медико-юридические и финансово-экономические проблемы. Ощущается также нехватка помещений, лекарств, оборудования, транспорта, информационного обеспечения и т.д.

Ведь реформа, как раз, и должна быть направлена на решение указанных проблем. Однако пока это не так. В частности, в результате слияния психоневрологических диспансеров с больницами зависимость внебольничной помощи от стационаров только возросла. Ликвидация психиатрических коек не сопровождается опережающим расширением психиатрической помощи в амбулаторных условиях, на необходимость которого неоднократно указывалось (Гурович, 2014). Фактическое упразднение психотерапевтических кабинетов в поликлиниках (Довженко и др., 2016) привело к еще большему отстранению психиатров от первичного звена здравоохранения. В наркологии продолжает накапливаться комплекс трудно разрешимых организационных и медико-юридических проблем (Яшкина и др., 2014), а ответственность за оказание помощи больным данной категории передается в негосударственные реабилитационные центры.

Все эти решения выглядят достаточно парадоксально, поскольку принципы деинституционализации хорошо известны (Шмуклер и др., 2016; Краснов и др., 2011).

При рассмотрении перечисленных мер создается впечатление, что психиатрические службы как наиболее “слабые” в административно-ресурсном и научно-технологическом отношении принесены в жертву целям элементарной экономики. Однако, как показывает международный опыт, такой подход на практике может привести к еще большим потерям, в том числе и материальным (Whiteford, et al., 2013). Последствия непродуманного вмешательства в сферу психического здоровья хорошо известны по урокам антиалкогольной кампании 1985 года. Поэтому можно с уверенностью сказать, что вопрос о реформе психиатрии не снимется в результате простых административных решений сверху.

При обсуждении сложностей реформирования психиатрических служб нередко основной акцент делается на недостаточное финансирование и нерациональное использование имеющихся средств (Шевченко и др., 2007). Действительно, все постперестроечные годы финансовое обеспечение психиатрии преимущественно происходило из госбюджета без участия ОМС — за счет гарантированных государством средств. В то же время судить об истинных размерах и пропорции выделяемых государством финансовых средств на психиатрию затруднительно, поскольку они распределены либо по организационным формам оказания помощи (первичная, специализированная и т.п.), либо по бюджетам регионов. Причем роль главных специалистов в распределении средств между отраслями здравоохранения остается неизвестной.

Между тем, складывается впечатление, что пропорция затрат на психиатрическую службу в общем бюджете здравоохранения невелика. И это, несмотря на то, что в структуре социально-экономических потерь, обусловленных состоянием здоровья населения, потери от психических расстройств занимают одно из ведущих мест (WHO, 2013).

“Экономия” на психиатрии может достигаться за счет того, что высокотехнологические виды помощи здесь не развиты, психиатрические учреждения не нуждаются в сложном оснащении, лекарственное обеспечение сравнительно дешево, а количество психически больных и, соответственно, потребность в медицинских кадрах серьезно занижаются. Кроме того, стигматизация психических расстройств подталкивает значительные слои населения лечиться частным образом. Таким образом, для определения целесообразности реформы психиатрической службы, необходимо вначале определиться с реальной “стоимостью” психиатрии, а также с необходимым размером затрат.

Определенным достижением в сфере финансирования психиатрической службы явилось выделение средств в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 годы)». Однако и здесь вследствие отсутствия единого плана и целенаправленных действий не удалось достичь существенного продвижения в реорганизации психиатрических служб. Важнейшим выводом из опыта участия в этой программе явилось понимание того, что проведение реформ в отечественной психиатрии требует масштабного формулирования конечных целей и выстраивания адекватной последовательности промежуточных задач.

Именно это и явилось основной причиной медленного преобразования отечественной психиатрии. В стремлении совершенствовать формы оказания помощи была недооценена необходимость пересмотра приоритетности решения соответствующих задач. А поскольку цели, а, точнее, их адекватность обстоятельствам, определяют средства и методы реформ, то эти цели и нуждаются в первоочередном определении.

Ранее уже говорилось, что социальные изменения, происходившие в нашей стране, были обусловлены переходом к обществу потребления с назревающим за его фасадом постиндустриальным развитием (информационная эра) (Бобров, 2016). Соответственно видоизменилась и общественная миссия психиатрии как отрасли медицины. Эта миссия в настоящее время заключается не столько в улучшении адаптации и восстановлении трудоспособности больных, что было характерным для периода индустриального развития, сколько в повышении качества их жизни, дестигматизации, ресоциализации и личностном росте, преодолевающим ограничения, обусловленные болезненным состоянием. Данная цель, конечно, не исключает тех целей, которые ставились на более ранних этапах развития психиатрии, однако она диалектически «снимает» их, подчиняя законам общества потребления.

Следующим фактором, который тормозит преобразования в психиатрии, является малоэффективное управление. Это, прежде всего, выражается в недостаточном развитии обратных управленческих связей, без которых невозможно своевременно оценить действенность принимаемых организационных мер и внести в них необходимую коррекцию. При этом речь идет не только о «вертикальных» связях, которые контролируются административно, но и о «горизонтальных» взаимоотношениях между ЛПУ, образовательными и научными организациями, которые опосредуются как профессиональными ассоциациями, так и рынком медицинских, образовательных и управленческих технологий. Здесь проблема заключается в неиспользовании релевантных индикаторов, характеризующих качественные показатели деятельности ле-

чебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Вместо них для оценки функционирования психиатрических служб традиционно применяются в основном количественные критерии.

Имеется еще ряд затруднений, связанных с характером самой оценки деятельности ЛПУ, и тем, какие следствия из нее вытекают. Многосторонняя и независимая интерпретация результатов работы является совершенно необходимым условием для продвижения вперед любой реформы в здравоохранении. В ином случае при централизованном руководстве остается риск искажения достигнутых результатов и замалчивания организационных неудач. Большие возможности в этой сфере у профессиональных сообществ психиатров и клинических психологов. Желательно также, чтобы в этом процессе (конечно, при соблюдении определенных процедур) принимали участие «потребители» медицинской помощи, будь то представители органов местного самоуправления или организаций родственников душевнобольных.

Таким образом, важнейшими элементами организационной работы в сфере охраны психического здоровья должны стать более четкое формулирование целей реформ психиатрической помощи, выработка и введение в практику соответствующих индикаторов, развитие обратных связей и горизонтальных взаимоотношений, а также независимый анализ результатов проделанной работы.

Теперь, с учетом сказанного, целесообразно остановиться на некоторых (конечно, небесспорных) предложениях по реорганизации психиатрической службы. Во-первых, это определение промежуточных задач реформы и разработка средств их поэтапной реализации. Ключевым моментом здесь является создание единого и динамично развивающегося организационного механизма, который мог бы обеспечивать координацию и согласование разнородных по своему характеру мероприятий. Понятно, что для этого необходимо более гибкое управление и перераспределение ресурсов. В свою очередь, сказанное предполагает переход к современным формам комплексного планирования, а также организационным структурам, выстраиваемым по типу научно-практического консорциума. Целевым системообразующим фактором в такой работе должны выступать не только и не столько административно задаваемые финансово-экономические показатели, сколько совокупность индикаторов, определяющих результат организационной деятельности, т.е. повышение качества жизни, связанного с заболеванием. Этого можно достигнуть, подчинив традиционные медико-профилактические и реабилитационные мероприятия задачам улучшения жизни больных и их семей.

С этой целью, например, следует ввести в норму заключительное обследование и объективированное тестирование пациентов, завершающих курс лечения, делая при этом особый акцент на их готовности к ав-

тономной и компетентной жизни в социальной среде. Необходим также мониторинг состояния больных, пролеченных в подразделениях ЛПУ, на протяжении достаточно продолжительного периода после выписки. Большую помощь в этом могут оказать средства дистанционного консультирования, а также облачное психологическое тестирование. Немаловажную роль играет текущее наблюдение и контакт с сообществами пациентов и их родственников в Интернет. В этом отношении первостепенное значение должно уделяться изучению качества жизни, связанного с психическими расстройствами. Крайне необходимы региональные эпидемиологические и популяционные исследования, а также анализ динамики ключевых показателей психического здоровья населения.

Существенным элементом данного направления работы являются мероприятия по дестигматизации психических расстройств (Ястребов и др., 2009). Не секрет, что распространенность этих расстройств по своим масштабам сопоставима с эпидемией, однако стигма “психической ненормальности” способствует контрпродуктивному замалчиванию данного факта. На практике это приводит к значительному уменьшению охвата и объема психиатрической и наркологической помощи населению. Одним из подходов, позволяющих решить эту проблему, является создание интегрированной и персонализированной медицинской помощи, методическую основу которой составляют принципы психиатрического сопровождения больных в условиях первичного звена здравоохранения (Краснов и др., 2012).

Таким образом, реализация предложений по упорядочиванию и согласованию различных видов деятельности в ходе реформы подразумевает введение независимого контроля качества оказываемой помощи. Его основой является внедрение дифференцированных технологических подходов в диагностике, терапии и предупреждении психических расстройств, развитие систем интегрированного медицинского сопровождения пациентов и их семей, а также текущее изучение состояния психического здоровья населения, проживающего в регионе, и влияния на него принимаемых организационных мер. Последнее положение особенно важно, поскольку на нем базируется разработка профилактических стратегий во многих сферах психиатрии и наркологии (Бобров, 2016).

Вторая группа предложений состоит в развитии и поддержании процессов самоорганизации коллективов лечебно-профилактических учреждений, направленных на активизацию их профессиональной деятельности. Важнейшим компонентом этой работы является изменение характера материального стимулирования сотрудников ЛПУ с увеличением самостоятельности и прав коллективов. Еще более значима систематическая подготовка и переподготовка кадров, включая повышение квалификации врачей и медицинских сестер, а также обучение администра-

тивных работников, в особенности — руководителей. Следует понимать, что правильно организованное профессиональное образование способствует не только повышению квалификации врачей, но и создает мотивацию к активной деятельности за счет укрепления профессиональной идентичности.

К сожалению, сложившаяся за последние годы тенденция к бюрократическому разделению образовательной, научной и практической деятельности усиливает деструктивные тенденции в здравоохранении, поскольку непосредственная связь между этими сферами в современных условиях чрезмерно усложняется. Профессиональное образование теперь стало ассоциироваться не только с кадровой работой, но и с внедрением новых медицинских технологий. Дело в том, что освоение многих методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний сегодня уже невозможно без соответствующего образовательного сопровождения. Приобретение и применение перспективного оборудования, лекарственных препаратов и программного обеспечения в медицине стало неотделимым от освоения новых сфер знаний, выработки умений и закрепления практических навыков. И психиатрия в этом отношении не является исключением.

Еще одно чрезвычайно важное условие успешности реформ — это информирование ее непосредственных участников о промежуточных задачах, методах и сроках достижения поставленных целей, а также принятие руководителями персональной ответственности за реализацию поставленных целей. Сегодня этот вопрос — один из наиболее сложных. Администраторы, осуществляющие решительные организационные мероприятия, как правило, не склонны обозначать свою персональную ответственность за достижение заявленных результатов, а целый ряд нововведений готовится в узком кругу консультантов без обсуждения с профессиональным сообществом. В таких случаях нередко вместо предметного анализа положения отрасли на первое место выходит односторонне интерпретируемая экономическая целесообразность.

В связи с этим возникает настоятельная необходимость широкого обсуждения вопросов реформирования психиатрии. При этом люди и структуры, иницирующие и проводящие в жизнь указанные реформы, должны обозначить свое видение не только профессионально значимых целей, но и средств их достижения.

Третья группа предложений касается улучшения взаимодействия лечебно-профилактических учреждений с вышестоящими органами управления и гражданскими сообществами. Выше уже отмечалось, что в общественном сознании до сих пор существует серьезная недооценка колоссальной значимости психического здоровья, психологических аномалий и психосоматических взаимосвязей. В еще большей степени

недооценивается значение психиатрии как медицинской дисциплины, ее роли в сохранении общественного здоровья, социально-экономического развития страны и благосостояния граждан. Показательным примером в этом отношении является организация медицинских центров здоровья, в которых психиатрам и психологам отводится третьестепенная роль. Между тем, деятельность указанных центров напрямую связана с профилактикой заболеваний, которые обычно относятся к категории психосоматических, а также с предупреждением так называемых “вредных привычек”. Другим примером является игнорирование роли психиатров в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. В средствах массовой информации эта роль почему-то отводится исключительно “психологам”. Кроме того, в целом ряде медицинских учреждений врачам, не являющимся психиатрами, настоятельно не рекомендовано назначать пациентам психофармакологические препараты.

Такая ситуация в значительной степени связана со слабым информационным обеспечением деятельности профессиональных ассоциаций, этическими, духовными и медико-юридическими проблемами. Особенно важной является недооценка научного прогресса и сложностей в сфере профессионального образования. Колоссальный вред наносит стигматизация психиатрии, распространение “магического” мышления, а также дискредитирующая активность антипсихиатрических организаций.

Понятно, что без массивной просветительной работы в сфере общественного сознания, а также поиска союзников в лице общественных, религиозных и образовательных организаций пренебрежительного отношения к психиатрии изменить не удастся. В этом отношении особенно перспективным может быть ускоренное развитие психосоматического направления, поскольку очевидные успехи в этой области служат важнейшим условием повышения престижа психиатрии среди других отраслей медицины. Конкретные действия в данном направлении достаточно четко изложены в документе ВОЗ “Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013 – 2020 гг.” (ВОЗ, 2013 г.).

По-видимому, настало время и для изменения ряда положений закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. В него целесообразно было бы внести идею о необходимости дифференцированного подхода к понятию “психическое расстройство”, отделяя тяжелые психические нарушения (психоз, деменция и т.п.) от легких форм, при которых критичность и социальная приемлемость поведения не страдают. Необходимо как можно более радикально разединить психиатрическую помощь и любые виды экспертизы. Целесообразно также изучить возможность отмены ограничений на занятия профессиональной деятельностью и обучение на основе клинического психиатрического диагноза.

В этой связи представляется важной разработка концепции функционального диагноза, как аналога “юридическому” критерию при судебно-психиатрической экспертизе, который должен стать независимым критерием при установлении любых правовых и профессиональных ограничений. Следует также настаивать на том, чтобы врачи, не являющиеся психиатрами, выставляли предварительные психиатрические диагнозы и могли назначать необходимое лечение. Это особенно важно ввиду того, что многие психосоматические расстройства сопровождаются аномалиями поведения, без коррекции которых говорить о лечении и профилактике указанных заболеваний не имеет смысла. Другими словами, необходимо осуществить законотворческие, организационные и образовательно-просветительные мероприятия, направленные на полноценное укоренение психиатрии в системе медицинских специальностей.

В заключение, необходимо отметить, что высказанные в данной статье оценки и предложения имеют дискуссионный характер. Они не претендуют на системное решение проблемы реформирования психиатрии как одной из медицинских служб. Тем более они не должны восприниматься как критика или отрицание значимости работы многих коллег, искренне стремящихся улучшить существующее положение вещей. Понятно, что извилистый путь реформ всегда определяется исторически складывающимися обстоятельствами. Тем не менее, общие цели обновления психиатрической службы, конкретные задачи и средства, необходимые для их достижения, нуждаются в более широком обсуждении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров А. Е. Дискуссионные заметки о современной психиатрии (методологический аспект) [Журнал] // Независимый психиатрический журнал. — 2016 г. — 3. — стр. 22 – 28.
2. Бобров А. Е. Профилактика алкоголизма и наркоманий в семье и школе: практические рекомендации [Книга]. — Москва : Психотерапия, 2016. — 2-е, доп.: 190 с.
3. ВОЗ Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013 – 2020 гг. [Отчет] / Шестьдесят шестая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения. — 2013 г. — WHA66.8.
4. Гурович И. Я. Направления совершенствования психиатрической помощи [Журнал] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2014 г. — 1: Т. 24. — стр. 5 – 9.
5. Довженко Т. В. [и др.] Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность [Журнал] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016 г. — 1: Т. 26. — стр. 50 – 58.
6. Краснов В. Н. [и др.] Проблемы, предпосылки и необходимые мероприятия по улучшению взаимодействия психиатрической (психотерапевтической) службы с врачами первичного звена здравоохранения [Журнал] // Психическое здоровье. — 2011 г. — 8: Т. 63. — стр. 3 – 11.
7. Краснов В. Н., Бобров А. Е., Довженко Т. В. Организационные основы психиатрического сопровождения первичного звена здравоохранения [Раздел книги] // Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими

- психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / под ред. В. Н. Краснова. — Москва: Медпрактика-М, 2012. — Т. 1.
8. Кузнецова М. В., Бобров А. Е. Опыт организации психотерапевтического кабинета на базе территориальной поликлиники: динамика и структура обращений на протяжении первых полутора лет [Журнал] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013 г. — 2. — стр. 15 – 20.
 9. Мелик-Гусейнов Д. В., Г. П. Костюк Г. П., Черемин Р. А. Концепция развития психиатрической службы города Москвы. Экспертные комментарии НИИОЗММ [В Интернете] // <http://www.niioz.ru/publications/pub20161129/>. — 29.11.2016 г. — 15.01.2017 г.
 10. Шевченко Л. С. [и др.] Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи [Журнал] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007 г. — 2. — стр. 28 – 33.
 11. Шмуклер А. Б., Гурович И. Я., Костюк Г. П. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы [Журнал] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2016 г. — 4: Т. 26. — стр. 97 – 109.
 12. Ястребов В. С. [и др.] Программа дестигматизации в психиатрии: методические рекомендации [Книга]. — М.: ЗАО Юстицинформ, 2009. — стр. 19.
 13. Яшкина И. В. [и др.] О некоторых проблемах отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал [Журнал]. — 2014 г. — 3. — стр. 22 – 26.
 14. Murray C. J. L. et. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990?2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [Журнал] // *Lancet*. — 2012 г. — Т. 380. — стр. 2197 – 2223.
 15. Whiteford H. A. [и др.] Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 [Журнал] // *Lancet*. 2013. — 2013 г. — 9904: Т. 382. — стр. 1575 – 86.
 16. WHO. Investing in mental health: evidence for action [Книга]. — 2013. — стр. 32.

Реформа или антиреформа?

В. Я. Евтушенко (Московская область)

В контексте развития организации психиатрической помощи за последние 40 лет критически оцениваются перспективы проводимой сейчас реформы.

Ключевые слова: реформа организации психиатрической помощи, амбулаторная психиатрическая помощь, внестационарные формы помощи

Тревога и беспокойство А. Е. Боброва, высказываемая в связи с сегодняшними событиями в московской психиатрии, понятна и обоснована. Автор прав, говоря о том, что изменения в работе московских психиатров “чувствительно” затрагивают врачей и другой медицинский персонал психиатрических учреждений не только Москвы, но и всей страны.

Давно уже замечено: все, что происходит в Москве, становится образцом для подражания и быстро воспроизводится на периферии — даже без указания “сверху”. И потому так важно пристально взглянуть в перемены, которые сейчас буквально “трясут” московскую психиатрию, “трясут” до такой степени, что побудили медработников обратиться с петицией к Президенту страны с требованием “сохранения здравоохранения Москвы, сохранения психиатрической службы” (<https://www.change.org/p/отменить-заккрытие-пкб-15>).

А. Е. Бобров поставил вопросы: нужна ли эта реформа? Почему она осуществляется только сейчас? Какие у нее цели и задачи, и как они будут осуществляться?

Хотелось бы подчеркнуть, что еще в позднесоветский период (последняя четверть ушедшего века) стало очевидным, что настала пора перемен в организа-

ции психиатрической помощи: надо уходить от доминирования стационара и сместить акцент на внебольничную помощь. Уже тогда было провозглашено, что центральной фигурой лечебно-реабилитационного процесса является амбулаторный психиатр, что он — основной лечащий врач больного. Тогда же стали достаточно широко развиваться т.н. внестационарные формы помощи пациентам. Под руководством Г. Я. Авруцкого в Московской области впервые был организован кабинет интенсивной терапии даже острых (и обострений хронических) психозов (А. А. Лившиц, Ногинск). Оказалось, что и в амбулаторных условиях можно, проводя капельные инфузии нейролептиков, в одну-две недели купировать психотические расстройства, обходясь без стационарирования больного. В тот же период достаточно широко разворачивалась сеть подразделений медико-реабилитационной направленности, включая организацию лечебно-производственных (трудовых) мастерских и создание специальных цехов для инвалидов при промышленных предприятиях. Создавалась система помощи, позволявшая выводить больных и в труд, и в социальную жизнь.

Все рухнуло в 90-е годы. С переходом на рыночные отношения в экономике практически повсеместно были ликвидированы лечебно-трудовые мастерские и спеццеха при промпредприятиях. Вслед за этим последовало предписание: отменить обязательный учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического заболевания, Психоневрологическим диспансерам (отделениям, кабинетам) приказано прекратить проведение на территории Российской Федерации внебольничную медико-социальную и реабилитационную работу. Определено, что перед ними должны стоять лишь две задачи: 1) амбулаторная консультативно-лечебная психиатрическая помощь, и 2) диспансерное наблюдение больных (приказ Минздрава Российской Федерации от 11 января 1993 года № 6). А практически одновременно начался процесс “деинституализации” психиатрии, направленный на сокращение и стационарных психиатрических коек.

Итоги этого разрушения психиатрии известны (И. Я. Гурович, В. Н. Краснов, А. Б. Шмуклер, 2016; Б. А. Казаковцев с соавт., 2016). К 2011 году было сокращено 50 тыс. коек (четверть психиатрического коечного фонда страны). Сколько психиатрических стационаров перестало существовать, сказать невозможно, потому что одновременно под видом “организационной перестройки” психиатрии началась кампания по слиянию больниц и диспансеров в одно юридическое лицо. Считалось, что альтернативой больничным койкам будут дневные стационары. Но этот вид помощи повсеместно не развивается: в 2015 году, по сравнению с 2014, число среднегодовых мест в дневных стационарах увеличилось всего на 0,7 %. Наблюдаемое сокращение психиатрических кабинетов, особенно в сельской местности (на 15 %) с неизбежностью сказалось на выявлении первично заболевших — оно уменьшилось на 11 %. А под диспансерное наблюдение попадает только 60 % впервые выявленных больных. Из числа же тех, кто значится под диспансерным наблюдением, не менее 20 – 25 % ни разу не осматривается врачом-психиатром в течение года. Не случайно потому так высока частота повторных госпитализаций — свыше 50 % (!!!) больных шизофренией стационарируются дважды в год. Число мест в лечебно-трудовых мастерских продолжает неуклонно сокращаться: в 2015 году, по сравнению с 2009 г., на 47,9 %. В 43 регионах ЛПТМ нет совсем. Растет первичная инвалидность. Хронически больные не вовлечены в соответствующие реабилитационные процессы. Отделения для формирования навыков самостоятельного проживания единичны. Увеличивается количество больных, утративших не только работу, но и жилье. Единственный выход для них — психоневрологические интернаты, хотя возврата из них в социум практически нет. Интернатов в стране много — число мест в них (85,0 на

100 тыс.нас.) больше, чем в любой из европейских стран, но и этого не хватает.

Не случайно поэтому в России была предпринята серьезная попытка реформы психиатрической помощи.

В мае 2012 года был подписан приказ Минздрава-соцразвития Российской Федерации от 17 мая 2012 года № 566н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения”. Этот приказ, детище Т. Б. Дмитриевой, готовился в ту пору, когда Татьяна Борисовна была министром (1996 – 1998 годы). Приказ готовился необычайно долго (несколько лет) и тщательно, в тесном сотрудничестве Минздрава с учеными и с психиатрической общественностью страны. Упомянутый приказ был подписан уже после кончины Т. Б. Дмитриевой (2010) следующим министром, Т. А. Голиковой.

Приказ № 566н должен был стать важной вехой реформирования и последующего развития психиатрической службы. Впервые была предпринята попытка создания продуманной системы организации помощи людям с психическими расстройствами, опирающейся на широкие научные исследования, накопленный опыт и практику работы лучших психиатрических учреждений.

Реформа Т. Б. Дмитриевой предусматривала создание в стране СИСТЕМЫ помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами, нацеленной на достижение конечного результата в цепи медицинских, медико-психологических и медико-социальных мероприятий, приводящих к их максимально возможному социально-трудовому восстановлению. Система предусматривала создание комплекса структурных психиатрических подразделений, прежде всего, амбулаторного звена. Особое значение имело то, что интенсивное лечение больных должно проводиться и в амбулаторных условиях (в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи). В последующем больной мог бы получать комплексную медико-социальную и психологическую помощь в других подразделениях амбулаторного звена: медико-реабилитационном, в отделении медико-социальной работы в амбулаторных условиях, в отделении для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи, а также в кабинетах медико-социально-психологической помощи. Возрождались лечебно-производственные (трудовые) мастерские. Акцент на создание системы комплексной медицинской и социально-трудовой помощи рождал возможности преимущественно амбулаторной терапии пациентов с психическими расстройствами с постепенным естественным сокращением количества больных в стационарах, где оставались бы преимущественно больные, представляющие общественную опасность, или нуждающиеся в применении

лечебно-диагностических технологий, применимых только в условиях стационара.

Реформа Т. Б. Дмитриевой, получив с выходом приказа № 566н нормативно-правовую базу, к сожалению, не имела финансовой основы. Приказы Минздрава имеют лишь рекомендательный характер. Решения принимают региональные власти, в их подчинении основная масса психиатрических учреждений. Не удивительно, что эта реформа была провозглашена, но не реализована. Не было финансовых возможностей для ее осуществления.

Не случайно поэтому в московской психиатрии пошла череда “оптимизаций”, направленная только на одно — на максимальное удешевление ее содержания для государства.

Реформирование психиатрической помощи началось в рамках преобразования всей медицины города. Ее проводником и идеологом стал Л. М. Печатников. Целью начатой реформы стало достижение максимального сокращения расходов на оказание помощи больным.

Началось с того, что все психоневрологические диспансеры Москвы были лишены самостоятельности и стали филиалами (амбулаторными подразделениями) психиатрических больниц города. Благодаря этому удалось добиться некоторого сокращения расходов на содержание административно-хозяйственного персонала. Но достигнуто это ценой отказа от генеральной идеи развития психиатрической помощи, в рамках которой как раз амбулаторная помощь психически больным должна быть центральным звеном психиатрической службы. Воскрешена стационароцентрическая модель организации помощи, от которой уже давно отказались, как от затеи вредной, затратной и мешающей возвращению больных в труд, в семью, в жизнь.

Следующим шагом стало внедрение новой концепции развития психиатрической помощи города, которая была разработана в НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы. Автор концепции, доцент Давид Мелик-Гусейнов — директор этого института. Он не психиатр, и даже вообще не врач. По специальности он провизор, кандидат фармацевтических наук. Работал в компании “Фармэксперт”.

В этом институте провели анализ ресурсообеспеченности психиатрической помощи и т.н. “операционный аудит” психиатрической службы города (оценку показателей качества и эффективности деятельности психиатрических учреждений Москвы).

После этого уже в начале 2016 года две загородные психиатрические больницы Москвы (№ 2 и № 10) были превращены в психоневрологические интернаты и выведены из подчинения Департамента здравоохранения. Затем была закрыта психиатрическая больница № 12 (превращена в филиал психиатрической больницы № 8), а затем настал черед одной

из крупнейших в Москве психиатрической больницы № 15 — ее преобразовали в психоневрологический интернат и передали в подчинение Департамента социальной защиты города. Готовится объединение еще двух крупнейших психиатрических больниц города — № 3 им. В. А. Гиляровского и № 4 им. П. Б. Ганнушкина.

Что касается 15-ой больницы, то большинство находящихся в ней больных должно быть выписано и перейти под наблюдение внебольничной сети. Стать обитателями психоневрологического интерната в большинстве своем они не могут. Психоневрологический интернат — это не больница для хроников, а особое (специализированное) медико-социальное учреждение. Туда, в соответствии с действующей Инструкцией о медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты, утв. Минздравом СССР 05.09.1978 № 06-14/12, не должны помещаться лица в острой и подострой стадии психических заболеваний и в состоянии обострения хронического психического заболевания; с психическими заболеваниями, характеризующимися выраженной психотической симптоматикой, с грубыми нарушениями влечений и расстройствами поведения, опасными для самого больного и окружающих (половые извращения, гиперсексуальность, садистические наклонности, склонность к агрессии, побегам, поджогам, дромомании, отказам от пищи, суицидальными тенденциями и т.д.). Кроме того, интернаты предназначены для постоянного, практически пожизненного, проживания в них граждан, страдающих психическими расстройствами, на что они должны дать свое согласие. Среди почти тысячи больных, находящихся на лечении в 15-ой больнице, таких больных может оказаться совсем немного.

Амбулаторная сеть города не приспособлена к оказанию необходимой пациентам адекватной помощи. Как указывают сами авторы концепции развития психиатрической службы Москвы, в городе не хватает площадей для разворачивания психиатрических амбулаторных служб, предусмотренных приказом Минздрава РФ № 566н: отсутствуют отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, медико-реабилитационные отделения, а там, где такие подразделения заявлены, они не отвечают потребностям пациентов, в них нет возможности применения современных психосоциальных технологий. На весь 12-миллионный город есть лишь одна небольшая лечебно-трудовая мастерская на 75 мест (на Соколиной Горе). Деятельность диспансерных отделений, дневных стационаров имеет системные недостатки, свидетельствующие об отсутствии должного внимания к организации порядка их функционирования и осложняется дефицитом кадровых ресурсов. Авторы концепции считают, что высвобождение финансов в результате закрытия психиатрических больниц и сбрасывания их на баланс Департамента социальной

защиты, позволит в будущем расширить амбулаторную службу, благодаря тому, что город выделит около 30 помещений для разворачивания недостающих подразделений (официальный интернет-ресурс ГБУ “НИИОЗММ ДЗМ”, <http://www.niioz.ru/publications/pub20161129/>). Но это — в будущем. Не так давно было объявлено, что в рамках осуществляемой реформы уже открыт новый амбулаторный центр для психически больных в Южном Бутово. В действительности этот “центр” оказался помещением из двух комнат по 30 кв.м каждая, одна — для дневного стационара, другая — для участковых психиатров, куда поставили 12 столов со стульями. Врачей там так и не появилось. Таким ли реформаторы видят будущее психиатрической помощи в городе? Ради чего закрывается 15-я психиатрическая больница? (http://vrachirf.ru/concilium/29521.html?utm_source).

Автор реформы, Давид Мелик-Гусейнов, докладывая о ней на круглом столе в Московской городской думе, начал с цитаты Уинстона Черчилля: “Мы придаем форму нашим зданиям, а потом они, эти здания, придают форму нам” (<http://www.niioz.ru/publications/pub20161219/>). Такой подход напоминает известный прием, которым пользуются канадские хоккеисты: поскорее вбросить шайбу в зону противника, а там — как повезет, глядишь — и будет гол. Но нужен ли нам такой хоккей?

Реформа психиатрической помощи назрела давно. А. Е. Бобров совершенно прав, говоря о том, что ее цель — в повышении качества жизни, связанного с психическим заболеванием. Оптимизация службы должна проводиться комплексно, с обсуждением и анализом всех предложений и вопросов. Но нельзя начинать психиатрическую реформу с сокращения коечного фонда, с ликвидации психиатрических больниц. Все усилия должны быть направлены на развитие амбулаторного звена помощи с комплексом лечебно-диагностических и социально-реабилитационных возможностей.

Средства на ее осуществление не должны изыматься из паренхимы психиатрии, из ее основной функционирующей ткани, а из ткани соединительной. Не лучше ли начать с сокращения аппарата управления здравоохранением?

Замечу кстати, что у Департамента социальной защиты г. Москвы, куда “сбрасываются” городские

психиатрические больницы, те же проблемы. Там тоже реформирование. Несколько лет назад в ДСЗМ был провозглашен курс на развитие стационарозамещающих технологий пациентам с инвалидизирующей психической патологией (создание при ПНИ отделений дневного пребывания, или ОДП, предназначенных для оказания инвалидам социально-психологической помощи), но должного развития это начинание не получило. К настоящему времени функционируют не более одного ОДП на административный округ (всего 10 административных округов, и 16 психоневрологических интернатов). Происходящее расширение сети ПНИ не только не отвечает общемировой тенденции к деинституционализации психиатрической помощи, но фактически является “сворачиванием” развития стационарозамещающих технологий медико-психологической реабилитации. Вопрос о социально-трудовом восстановлении больных и о выводе их в жизнь в ПНИ даже и не стоит.

Крайне ограниченные возможности трудоустройства психически больных усугубляют их положение. Обреченность обитателей интернатов на бездеятельность, на незанятость — это мощный негативный социально-средовой фактор, который еще более их инвалидизирует.

Реформирование психиатрической помощи надо проводить без отрыва здравоохранения от органов социальной защиты. Существующее положение, при котором есть две полностью оторванные друг от друга и не связанные между собой психиатрические службы — в здравоохранении и в соцзащите — пагубно сказывается на работе по медицинскому и социально-трудовому восстановлению больных и должно быть изменено.

Процесс сокращения стационарных коек в психиатрии (и здравоохраненческих, и социальных) должен быть естественным. Он запустится сам по себе по мере становления и развития СИСТЕМЫ амбулаторной лечебно-диагностической и социо-реабилитационной помощи больным, станет ее финальным аккордом.

В Москве, где начато разрушение психиатрических стационаров, все — наоборот. Все ставится с ног на голову. Вряд ли подобный проект будет успешным.

Реорганизация психиатрической помощи в силу сокращения финансирования

Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко

Критически обсуждается проводимая реформа организации психиатрической помощи. Показано, что она продиктована значительным сокращением финансирования и проводится с игнорированием опыта восточно-европейских стран в условиях отсутствия подготовленной инфраструктуры.

Ключевые слова: реформа психиатрической службы, финансирование психиатрической помощи, деинституционализация.

Давно начавшаяся и постепенно идущая реформа деинституционализации психиатрической службы Москвы сделала с конца 2016 г. резкий скачок: 29 сентября 2016 г. Департамент здравоохранения Москвы опубликовал приказ № 807 о реорганизации к 1 февраля 2017 г. психиатрической клинической больницы № 12 им. Ю. В. Каннабиха “в форме присоединения к Научно-практическому центру им. З. П. Соловьева”. Тем самым уничтожается старейший с дореволюционных времен национальный центр психотерапии, лечебная, научная и образовательная база многих учреждений.

Несколько ведущих специалистов по организации психиатрической помощи, с которыми мы побеседовали об этом, обнаружили убежденность в том, что “пограничные больные не нуждаются в стационарном лечении, что во всем мире господствует территориальный принцип, а 12-ая больница — единственная принимала пациентов со всего города”. Эти доводы выдают с головой кабинетных специалистов, никогда не работавших психотерапевтами. Мало того, что пограничные психически больные это не только и даже не столько больные неврозами, которых часто необходимо вырвать из психотравмирующей ситуации дома или на работе, сколько непсихотические формы психических расстройств — основная мишень профилактического направления психиатрии, позволяющая предупредить психотические обострения. Это дает несравнимо большую экономию, чем данная, очевидным образом преследующая экономию, акция отнятия средств, бесценной территории в парковой зоне с историческим особняком. Пограничный контингент пациентов шел в этот известный “центр неврозов” добровольно, сопротивляясь помещению в психиатрическую больницу (см. раздел “Хроника”). Наряду с территориальным принципом (понимаемым как “шаговая доступность”, а не запрет на лечение больного из другого района города, что по закону недопустимо), необходимым образом должны быть и такие научно-практические центры, как ПБ № 12 со своими правилами.

Спустя несколько месяцев стало известно о перефилировании психиатрической клинической больницы № 15 в психоневрологический интернат,

хотя она была базой трех психиатрических центров, в том числе двух уникальных, единственных в стране: Центра подростковой психиатрии и Центра лечения болезни Альцгеймера. Из более 1000 сотрудников больницы планируется оставить 16 врачей и 102 медсестры.

Все это делается в соответствии с “Концепцией развития психиатрической службы Москвы”, разработанной НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы.

Большое число публикаций по организации здравоохранения не мешает им в современных условиях мирно сосуществовать с чудовищным развалом службы здравоохранения. Эти публикации, разволокнив тему на множество подтем и занимаясь их эквилибристикой, не проясняют, а затуманивают существо дела. Ни слова об очевидных для всех результатах пресловутой реформы и ни слова о не менее очевидных для всех причинах этого.

Дело не в числе психиатрических коек, и не в числе психиатрических госпитализаций, и не в длительности госпитализаций, и даже не в их соотношении. В каждой стране они совсем разные. Это касается даже соседних стран: Дании и Великобритании, Италии и Хорватии, Чехии и Словакии.

Дело в конкретном социально-экономическом и политическом контексте, в котором выступают эти показатели. Поэтому ссылка на опыт промышленно развитых западных стран только затемняет картину. Для нас ближе опыт восточно-европейских стран и стран Балтии, обсуждение которого на конгрессе ВПА в 2008 г. с полной определенностью показало, что полноценная амбулаторная психиатрическая служба дороже стационарной и требует сложившейся инфраструктуры. Между тем, у руководства Минздрава России сложилось противоположное представление на основании того, что до 90 % средств обычно шло на стационарную психиатрическую помощь, хотя ее получало 14 % психически больных, а треть капитального фонда была объявлена непригодной для эксплуатации по санитарным нормам еще к 2000 г. Поэтому деинституционализация была решением сразу многих проблем, среди которых качество

оказания психиатрической помощи было далеко не на первом месте. Минздрав не учел ни опыта восточно-европейских стран, ни призывов РОП и НПА России не форсировать деинституционализацию. Более того, если в восточно-европейских странах средства сокращаемых стационаров перебрасывались на амбулаторную службу, то в России они отбирались, а вскоре и оставшееся финансирование было сокращено на треть, хотя нуждалось в удвоении.

Представление о сложившейся после этого благополучной картине носит умиротворяюще-пропагандистский, а не научный характер, что очевидно любому мало-мальски осведомленному человеку, тем более “потребителю психиатрических услуг”.

Начавшаяся с конца 1960-х годов на западе деинституционализация психиатрической службы позволяет уже оценить ее результаты. Так, наиболее радикальная реформа деинституционализации психиатрической службы в Италии 1978 г., первоначально оценивавшая положительно, с 2011 г. вызывает там скепсис. Наиболее выразительны американские данные, которые уже давно показали связь уменьшения числа стационарных психически больных с возрастанием числа суицидентов и бездомных, а также оседающих в тюрьмах, где их пребывание консервируется втрое меньшими расходами. В результате, значительно возрос удельный вес судебной психиатрии, а в судебно-психиатрической экспертной практике активная позиция адвокатуры, принуждающая экспертов-психиатров к четкому обоснованию проблематичных ответов, ведет к юридикации и формализации предмета.

Эти и многие другие трудности, разрешимые на конкретном индивидуальном уровне, на макроуровне возможно преодолеть только при постоянном соотношении эпидемиологических данных амбулаторной и стационарной службы с основными характеристиками психического здоровья населения.

Деинституционализация разумна и необходима, но не должна быть радикальной и универсальной, не должна ставить во главу угла экономические соображения. Между тем, под флагом деинституционализации продвигается именно это: отъем средств, территорий, зданий, сокращение штатов. Все это не перераспределяется на амбулаторную помощь, разве что в мизерном виде для отвода глаз. Здесь, как и во многих других областях, мы видим вред господства унитарного подхода. И природа, и социальная жизнь устойчивы к потрясениям, благодаря многообразию. Децентрализация и многообразие, конгруэнтные конкретным условиям каждого региона, даже каждого

учреждения, свобода рук главных врачей — наиболее адекватный путь развития и в рассматриваемой проблематике.

Статьи, в которых деинституционализация в нашей стране, вызывающая возмущение и пациентов и врачей, принуждающая врачей к халтуре, к депрофессионализации, развращающая их, а пациентов часто бросающая в руки мошенников, преподносится как “направленная на улучшение качества оказания психиатрической помощи”, не вызывают доверия. Всем ясно, что это вынужденная мера в условиях резкого сокращения финансирования на “ресурсозатратную”, как близоруко называют психиатрию со времен Зуррабова, область. Что до государственных гарантий высокого качества оказания психиатрической помощи, то эта строка удалена из закона о психиатрической помощи еще в 2003 г. Поэтому уверения в благих намерениях вызывают только противоположную реакцию.

Наконец, постоянно игнорируются наши напоминания о выдающемся, обогатившем развитые страны, опыте десятилетия психогигиенического направления отечественной психиатрии (1924 – 1934) директора института психопрофилактики Льва Марковича Розенштейна (1884 – 1934). Оно было разгромлено, так как неизбежно начало вмешиваться в условия труда, в экологическую обстановку, в статистику психической заболеваемости. В 1936 г. психиатрам было предписано ограничиться госпитальной психиатрией.

Постоянно игнорируются и наши экспертные оценки, так как предпочитают заведомое одобрение деловой критике, которая никого не интересует, так как вместо реформы, под видом реформы осуществляется отъем средств с последующей неизбежной реорганизацией.

Только падением морального уровня можно объяснить предпочтение государственной пропагандой обмана — честной картине происходящего: Великая Россия — это, прежде всего, здоровье нации и ее свободное творчество: великие культура и наука.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А., Шевченко Л. С., Творогова Н. А. Актуальные проблемы стационарной психиатрической помощи в России. // Журнал им. С. С. Корсакова, 2013, 10, 4 – 10.
2. Гурович И. Я., Краснов В. Н., Шмуклер А. Б. Современное состояние психиатрической помощи // “Социальная и клиническая психиатрия”, 2015, 3, 5 – 9.
3. Шмуклер А. Б., Гурович И. Я., Костюк Г. П. Стационарная психиатрическая помощь: деинституционализация и ее последствия в странах Северной Америки и Европы // Ibid., 2016, 4, 97 – 109.

ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЙ НА XV СЪЕЗДЕ НПА РОССИИ

Владимир Иванович Крылов, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсами общей и медицинской психологии и психосоматической медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

Уважаемые коллеги! Я первый раз присутствую на съезде Независимой психиатрической ассоциации в качестве гостя. Я с большим удовольствием и интересом прослушал доклад и сформировал свое представление о работе Независимой психиатрической ассоциации. Я не буду скрывать того факта, что когда в Санкт-Петербурге в разговоре с некоторыми главными врачами поднимал свой вопрос об интересе к Независимой психиатрической ассоциации, — это вызывало у них крайнее удивление и полное непонимание.

Информирование, предоставление адекватного образа о том, что делается, имеет огромное значение. На мой взгляд, такие искаженные представления во многом связаны с недостатком информации о деятельности Ассоциации. Я хотел бы поддержать тех, кто выступал ранее в отношении того, какую огромную роль играет “Независимый психиатрический журнал”. Возможно, я буду чрезмерно категоричен в оценках работы других психиатрических изданий Российской Федерации. Но, к великому сожалению, в целом ряде из них — я не буду называть их, дабы не создавать сложную ситуацию — скажу откровенно, для меня читать нечего.

Я достаточно активно публикуюсь в журнале имени Ганнушкина, где представляю такие обзорные статьи по общей клинической психопатологии. И считаю, что это направление, развиваемое Независимой психиатрической ассоциацией, в плане обучения чрезвычайно ценно. И я открыт, готов к сотрудничеству в этой области.

Я вижу в зале тех своих коллег, которые работают не в столичных городах, но чьи работы по общей психопатологии, в том числе и в качестве руководства, я читаю с большим интересом. И меня удивляет и огорчает некоторый снобизм психиатров столичных городов, когда я им говорю о том, что это интересные работы, которые нужно читать, и я бы с удовольствием познакомился с их авторами, и слышу удивительный для меня ответ. Не читая, они говорят, что там нет ничего интересного. Вот это меня поражает.

Я хотел бы подчеркнуть необходимость развития феноменологического направления в психиатрии. Отказ от него означает потерю психиатрии. Мы говорим о кризисе, но я думаю, что не очень многие представляют реальное кризисное положение вещей в

плане постдипломной подготовки. Я имею право об этом говорить. Я в течение более чем 15 лет курирую постдипломную подготовку в Санкт-Петербурге в Первом медицинском институте, и я вижу, как на глазах снижается уровень подготовки в клинической психопатологии. Я подчеркиваю: “клиническая психопатология” я использую как синоним термина “общая психопатология”.

На что я еще хотел бы обратить внимание, заговорив о феноменологии? К великому сожалению, очень многие не понимают различий между феноменологией и психопатологией, расценивают эти термины как синонимы.

Ко мне обращаются по поводу выступления на одной из таких достаточно больших конференций. Простят: “Не мог бы ты представить что-нибудь феноменологическое?” И я, разговаривая с этим человеком, понимаю, что ему пока на данном этапе, несмотря на его такое достаточно значимое положение в Российском обществе психиатров, бесполезно объяснять, что это не одно и то же.

Существует как бы два понимания. Для некоторых это вообще синонимы, для других феноменология не в классическом понимании — это описание наблюдения без интерпретации. Вот эти понятия нужно, как мне кажется, четко разграничивать. И здесь нет образовательной программы, которую могли бы проводить с участием членов Независимой психиатрической ассоциации.

Я уже в какой-то степени повторяюсь, но в “Независимом журнале” публикуются именно те специалисты, которых я лично в наибольшей степени уважаю как профессионалов. Для меня регалии, должности не имеют решающего значения, а имеет значение профессиональная квалификация. Недостаточно быть просто активными, нужно еще быть, используя выражение нашего коллеги-юриста, компетентными. У нас, на мой взгляд, в чем кризис в психиатрии? Дефицит компетентности!

И я категорически не согласен с теми, кто говорит о том, что есть кризис в психопатологии, кризис в феноменологии. Есть кризис подготовки кадров в этой области, причем на разных уровнях: на студенческом, на постдипломном, в рамках, в том числе, и так называемого непрерывного образования.

Сейчас очень много говорится о непрерывном образовании, об этих баллах и сертификатах. Но я боюсь, что все сведется к тому, что уже было — получение этих баллов превратится в самоцель.

Я могу поделиться таким эпизодом. Я поехал в туристическую поездку в город Пярну. Так получилось,

что за свою прежнюю жизнь я никогда в Пярну не был, мне было любопытно. Это была совместная поездка врачей и педагогов.

Поговорив с педагогами, я был просто поражен. Попробуйте угадать, зачем поехали педагоги в Пярну? За сертификатами о том, что они прослушали обучающий семинар. Более того, и мне выдали сертификат, что я прошел подготовку в области физиотерапевтического лечения на курортах Эстонии. Хотя весь разговор и осмотр санатория занял 15 минут.

К сожалению, актуальнейшей задачей является преодоление разрыва между тем, что на бумаге, и тем, что в реальности. Я имею представление о том, как проводится в настоящее время постдипломная подготовка. Не хочется впадать в критиканство, но очень часто она проводится по принципу “верхи не могут, низы не хотят”. То есть ни преподаватель не заинтересован прочитать что-то новое, интересное, глубинное, обзорное, ни слушатель. Отсюда вот эти формы очно-заочной подготовки, где часы берутся с потолка. Не преодолев эту проблему, мы, конечно, не преодолеем кризис профессиональной подготовки.

Кто должен принимать участие в этой подготовке — тоже архисложная проблема. Здесь возникает классический конфликт интересов. Кто в большинстве случаев спонсирует подготовку? На что ориентированы эти наши лекции, которые читаются? Они центрированы на фармакологических препаратах.

Я буду откровенен, мне самому приходится, когда я хочу изложить клинику, давать ее под маской проблем терапии. Я никогда не опускаюсь до чтения лекции по какому-то конкретному препарату, но я вынужден на этом останавливаться, поскольку других реальных возможностей практически нет. И связанный с этим вопрос “кто будет принимать в этом участие?”, к сожалению, он может свестись к проблеме “кто смел, тот и съел”.

К сожалению, по-моему, в Российском психиатрическом обществе существует определенная толкотня вокруг этих вещей, поскольку есть финансовый интерес. И просто поражаешься некоторым вещам. Я готов признать, скажем, что профессор Личко был специалистом в различных отделах психиатрии, но ведь сейчас таких специалистов очень мало. Тем не менее, я знаю тех людей, которые готовы выступать, готовить людей, читать лекции на любую тему. Я опять же не буду называть имена — они у многих на слуху — поскольку они превращаются в таких вояжеров под разными видами из одного города в другой.

Вот это архиважная проблема. В чем мое предложение — это оценка компетентности кадров для профессиональной подготовки. Если Ассоциация сможет принять в этом участие и сказать весомое слово, то, мне кажется, тогда престиж ее повысится. Я не знаю, как, тем не менее, наверное, это было бы замечательно. Возможно, я говорю какую-то маниловщину,

возможно, я фантазер, но уж слишком часто сталкиваешься с этой проблемой.

Более того, эти образовательные лекции, семинары, так называемые вебинары — с конфликтом интересов мы сталкиваемся и в том плане, что один и тот же лектор, представляя лекцию от разных фармацевтических компаний, показывает одни и те же слайды. У некоторых компаний есть даже своего рода черный список. Я знаю по Питеру по меньшей мере двух или трех таких лекторов, приглашение которых считается дурным тоном в связи с такими особенностями (опять же не буду называть фамилии).

Я, по-моему, поднял достаточно сложные вопросы, и я себе отдаю отчет в том, насколько они трудноразрешимы. Тем не менее, мне кажется, подъем вот таких острых вопросов — это настоятельная необходимость.

Всем участникам съезда большое спасибо за выступления, за доклады. Я, будучи здесь первый раз, для первого раза составил представление об Ассоциации, которое я буду стремиться внедрить в сознание, чтобы преодолеть вот эти существующие мифы о том, что это сборище злодеев. Я утрирую, но иногда это звучит именно так. Спасибо!

Владимир Филиппович Перейма, главный психиатр Калининградской области, заместитель главного врача по медицинской части: психиатрической больницы № 1 Калининградской области

Уважаемые коллеги! Наша психиатрическая служба с 2009 года находится в страховой медицине. Хорошо это или плохо? Наверное, здесь этот опыт с 2009 года показывает то, что мы финансируемся более надежно, чем те регионы, которые находятся на бюджете. И экономическая составляющая, очевидно, лучше, когда психиатрическая служба финансируется из ФОМСа, потому что даже те деньги, которые не истрачены к концу года, переходят в бюджет следующего года — это один из положительных моментов.

По поводу медицинской составляющей: наверное, все так же, как и в бюджетных учреждениях, единственная существенная разница в том, что наши истории болезней, наши амбулаторные карты — это все проверяется страховыми компаниями. Медико-экономическую экспертизу на содержательную часть эксперты не очень проверяют, и, как правило, это не психиатры. А за какие-то неточности в оформлении документации идут штрафные санкции. Самый минимальный штраф — это 25 % от стоимости лечения. Есть тарифы стоимости и так далее.

Мы представляем регион, который перешел в страховую медицину. Он требует изучения. Чего нам не хватало, когда мы переходили в страховую медицину? Научная общественность и общественные организации, наверное, должны об этом тоже подумать, потому что у нас нет устоявшихся требований. Мы

находимся в сверхбазовой программе, и поначалу требования к нам были такие же, как и к обычным соматическим больницам. А там если больной 10 дней лежит в стационаре, то каждый день пишется дневник. И с нас поначалу тоже требовали: “Пишите каждый день дневники”.

Как быть со сроками лечения пациентов? Я знаю, что во всех регионах они очень разные, но опять-таки должны быть, наверное, разработаны какие-то ориентировочные сроки лечения по той или иной нозологии, чтобы в России это было примерно одинаково. Насколько я слышу, в Тюмени одни сроки, в Московской области другие. В общем, по-разному, у тех, кто работает и принимает средства из страхового поля.

Или вопрос с историями болезней. Как часто должны писаться дневники, чтобы и юристы были довольны, и эксперты не жаловались на нас? Это где-то прописано, но точности нет нигде.

Как делаются назначения, как они снимаются? Это вроде бы простые вещи, но когда мы столкнулись с нашими экспертами, они требовали объяснений и договоренностей.

Я — практический врач. И, мне кажется, важный момент, когда общественная организация может сказать свое слово о том, что с марта прошлого года у нас невозможно обеспечивать больных бесплатными лекарствами по ряду позиций. Был, например, введен в бесплатное лечение препарат “Агомелатин”, в то же

время были отменены для бесплатного приобретения и бесплатного обеспечения больных такие важные препараты, как отечественный препарат “Седалит”, отечественный препарат “Азалептин” и ряд других важных препаратов, без которых, может быть, можно обойтись, но первые два — наиболее важны. Там есть хлорпротиксен, некоторые антидепрессанты. Мне кажется, надо включить в резолюцию съезда вопрос об обеспечении именно этими препаратами, потому что без “Седалита” сложно.

Я сегодня об этом вспоминал, когда увидел памятную доску Григорию Яковлевичу Авруцкому, который начинал работать в Калининграде после Военно-медицинской академии. Он был начальником медслужбы ГУВД и создавал нашу Черняховскую больницу специализированного типа. Я вспоминал, как был на его клиническом разборе здесь, в Москве, и он говорил о том, что если человек принимает “Лепонекс”, то потом его очень трудно перевести на что-либо другое.

А сейчас, когда десятки больных лишились возможности получать “Азалептин”, потому что сложно закупать препарат для какого-то одного больного, то это, конечно, тяжело и больным, и врачам. Поэтому мне кажется, в резолюцию следовало бы внести этот практический вопрос об обеспечении больных препаратами, которые были исключены.

48 Ежегодная учебная сессия

“Здоровье и международная защита прав человека”

3 – 21 июля 2017 г. Страсбург. Франция

www.iidh.org

Резолюция XV съезда НПА России

Благостная мифологизация действительности Минздравом и всей государственной пропагандой вызывает необходимость объективной констатации происходящего с отечественной психиатрией, как наукой и профессией, системой образования и организации лечения, реабилитации и профилактики психических расстройств, а также собственного места (Ассоциации и каждого профессионала) в этих процессах.

Поспешный, ведущий к снижению качества и доступности психиатрической помощи, переход на новую модель психиатрической службы, связанный с резким сокращением бюджетного финансирования, ложится тяжелым бременем на все общество.

Опыт восточно-европейских стран и стран Балтии, столкнувшихся с аналогичной задачей, показал, что полноценная амбулаторная служба — доминанта общемирового тренда — дороже стационарной и требует развитой инфраструктуры, что делает форсирование реформирования психиатрической службы в наших условиях заведомо провальной в отношении блага больных, врачей и самого предмета психиатрии как важного раздела научной медицины. Это усугубляется аналогичными решениями в области науки, культуры и образования.

Развернутая, тщательно дифференцированная, с адресными предложениями Резолюция XIII съезда НПА России (НПЖ, 2010, 4, с. 34 – 35), так же как, на основании ее результатов, компактная лаконичная Резолюция XIV съезда (НПЖ 20014, 1, с. 16), встретили постоянное с нарастающим ускорением диаметрально противоположное движение почти по всем предложенным положениям, вопреки своей очевидной деструктивности. Поэтому прежние резолюции оказываются еще более актуальными сегодня, а новая Резолюция может рассматриваться как дополнение прежних. Она составлена на основании предложений региональных центров и анкетирования и поставила на первое место укрепление самой Ассоциации, исходя из целенаправленной диффамации ее деятельности.

I. Укрепление Ассоциации в финансовом, информационном, публичном и образовательном отношении с привлечением новых членов, широко информируя о деятельности Ассоциации, используя социальные сети.

II. Приоритетные задачи Ассоциации.

1. Продолжать откликаться на все значимые события в области психиатрии, выступая в роли независимых профессиональных общественных экспертов, восполняя существующие пробелы.

2. Настойчиво рекомендовать использовать возвращенные клинические диагнозы, не ограничиваясь шифровкой по МКБ.

3. Оспаривать жесткую регламентацию времени первичной беседы с пациентом.

4. Продолжать борьбу за децентрализацию психиатрической службы, за полноценные и разнообразные формы амбулаторной и полустационарной помощи, против антисоциальной реформы, за увеличение финансирования.

5. Препятствовать резкому сокращению психиатрических коек без предварительного развития амбулаторной службы.

6. Отстаивать сохранение психиатрических льгот, добиваться повышения заработной платы врачей-психиатров и психотерапевтов.

7. Добиваться реальной состязательности судебно-психиатрической экспертизы.

8. Продолжать усилия по реализации ст. 38 Закона о психиатрической помощи, развивать различные формы общественного контроля соблюдения прав человека в психиатрических больницах и психоневрологических интернатах.

9. Добиваться внесения психиатрических больниц и психоневрологических интернатов в список объектов, подлежащих контролю со стороны общественных наблюдательных комиссий (в соответствии с ФЗ “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания”, поправки к которому уже внесены в Государственную Думу).

10. Способствовать развитию негосударственных форм оказания психиатрической и психотерапевтической помощи, добиваться упрощения ее лицензирования.

11. Добиваться внесения изменений в программу обучения врачей-психиатров: наряду с обучением методам и предмету, важна подготовка по вопросам философии науки и социальной психологии, реабилитации и психотерапии (не только в специальной ординатуре по психотерапии, а в период обучения психиатрии). В программе обучения должно быть регламентировано проведение клинических разборов с обучающимися врачами, а также включены занятия по правовому регулированию оказания психиатрической помощи, правам и обязанностям врача и пациента.

12. Добиваться улучшения условий содержания в психиатрических больницах и психоневрологических интернатах, широкого внедрения системы реабилитации и абилитации клиентов ПНИ и подготовки их к самостоятельной жизни, разработки механизма выписки клиентов из ПНИ, обучения персонала ПНИ соблюдению прав людей, проживающих в ПНИ.

13. Препятствовать превращению так наз. частногосударственного партнерства в подобие сращивания государства с бизнесом.

Хенрикус Корнелиус Рюмке

Процветающая психиатрия в опасности¹



Почтенная традиция требует от Rector Magnificus, чтобы в своей речи по поводу ежегодного празднования годовщины со дня основания перед собравшимся университетским сообществом он рассмотрел тему из вверенной ему области науки. Вероятно, не было ректора, который взял бы на себя эту задачу без гордости, без радости, но также без определенной робости. Гордость наполняет его, поскольку он чувствует себя движимым высокой значимостью праздничного дня, радость, поскольку обучающему радостно сообщать о работе, которая чрезвычайно занимает его, и, наконец, робость, может ли он надеяться хотя бы в общих чертах выполнить по праву предъявленное ему требование. Ибо это требование многообразно. В праздничный день университета участники чувствуют себя — к какому бы факультету они ни принадлежали — объединенными больше, чем обычно, и они ожидают, что это единение найдет выражение в торжественной речи. Эта потребность как никогда велика в наше вре-

¹ Речь по поводу празднования 318-ой годовщины основания государственного университета Утрехта, с которой Rector Magnificus выступил 26 марта 1954 года в кафедральном соборе.

мя растущей специализации. Слушатели хотят чувствовать, что, невзирая на все различия, трудности при научном исследовании и осмыслении обсуждаемой области такие же, какие они испытывают в своей. Но также докладчиком владеет забота, поскольку он не знает наверняка, удастся ли ему достичь понимания слушателей. Эта забота у меня особенно велика из-за выбора моего предмета. Ибо мое намерение состоит в том, чтобы, с одной стороны, отчетливо показать, как велик расцвет психиатрической науки, а, с другой стороны, я хотел бы разделить с Вами большую заботу: заботу, что это процветание не достигнет зрелости, что речь идет не о подлинном процветании, а о том, что оно даже ввергает психиатрию в опасность, в опасность для психиатрии как науки, но не в меньшей мере также для тех, кто ожидает от нее помощи.

В своей речи я, прежде всего, постараюсь дать Вам представление о характере и объеме современной психиатрии на фоне ее развития. Затем я попытаюсь объяснить, какая опасность скрывается в этой процветающей психиатрии. Кроме того, я назову некоторые причины этой опасности. Я объединяю их под титулом “Соблазны психиатра”. В этой части я постараюсь указать на проблемы в психиатрии, которые чрезвычайно меня занимают и которые, по моему мнению, совершенно заброшены. В последней части моего выступления я хочу вкратце высказать свое субъективное мнение о том, как все-таки может быть преодолена опасность, которая угрожает научной психиатрии.

Характерная черта современной психиатрии заключается в том, что течения, которые в ходе ее развития возникали и вновь исчезали, сейчас существуют все разом. Какие теории были значимы для психиатрии в ходе ее развития? Истоки научной психиатрии лежат в классической древности. Они — как почти все медицинское знание — восходят к Гиппократу (460 – 377). Гиппократом и его школой психические расстройства рассматриваются как следствие телесных состояний. Лапидарный тезис “душевные болезни есть болезни мозга” можно, в конце концов, найти уже у него. Неправильное соединение телесных жидкостей приводит к возникновению душевных болезней. Мозг считался местом и исходным пунктом духовной жизни. Наряду с этим совершенно медицинским пониманием в древности обнаруживается

также совсем иные, не менее влиятельные представления о психических расстройствах. Эти теории имеют своим ядром демонологическое понятие болезни. С их точки зрения “болезнь” представляет собой нечто независимое, чуждое личности, нечто, что снаружи воздействует на личность.

Оба понимания существовали, насколько мы в состоянии проследить, отдельно друг от друга. Гиппократический период завершился вместе с крушением Римской империи. Все эмпирические данные, по-видимому, были утрачены в Средние Века. Под влиянием христианства на первый план снова вышли спекулятивные, опирающиеся на веру в демонов, рассуждения. Взгляды Жана Шарля Жерсона (Jean Charlier dit Gerson) (1363 – 1429) и фон Офхьюза (von Ofhuys) представляли собой выдающиеся исключения. Они боролись за понимание нарушенной мозговой деятельности как причины психических расстройств. В начале 16-го века Парацельс (1494 – 1541), и его земляк Вьер (Wier), и Платер (Plater) пытались освободить психиатрию от веры в демонов. Тем не менее, вера в демонов полностью не иссякла. В 17-ом веке естественнонаучная теория в смысле Гиппократа вновь распространилась. (Во Франции с того времени она больше никогда не исчезала). Бурхаве (Boerhaave) (1668 – 1738) и ван Свитен (van Swieten) (1700 – 1772) почти все психические расстройства связывают с изменениями телесных жидкостей. Морганьи (Morgagni) (1682 – 1771) выдвигает на первый план патологоанатомическое исследование.

Во Франции развитие прямолинейно идет в направлении естественнонаучно ориентированной психиатрии, в Германии оно менее единообразно. Там всегда придерживались мнения, что психиатрия имеет дело с явлениями, которые нельзя формулировать исключительно естественнонаучно. Наиболее ярко это выступает в работах фон Штала (von Stahl) (1660 – 1734). Он отвергал механические и химические объяснения органических функций. Он полагал, что позади чувственно воспринимаемого действует формирующая и движущая жизненная сила, принцип витальности, который объединяет в единое целое отдельные функции органов. Эту силу он назвал “*motus tonicovitalis*”. Он усматривал в этом принцип, который у здорового человека проявляется как инстинкт, а в случае болезни — как целебная сила природы. Эту силу, которую он рассматривал как психическую силу, он также называл — вслед за Аристотелем — “*anima sensitiva*”. Душевные болезни являются для него патологическими состояниями души, которая сдержана в своей деятельности. Причина сдерживания состоит в чуждой ее сущности движущей силе, которая происходит из чувств, или из других телесных функций, или из душевного склада (“*Gemüt*”). У Унцера (Unzer) (1727 – 1799) психическая *anima sensitiva* становится самостоятельной, телесно фундированной нервной силой. Проводятся тесные парал-

лели между нейрофизиологическими и психическими процессами, после того как признали значение рефлексов для нервной деятельности. Наряду с этими, главным образом биологическими рассуждениями развивались чисто философские теории, которые оказывали большое влияние. Представители этих направлений считали душевные болезни по их сути чем-то иным, нежели телесными заболеваниями. Выражение “болезнь” было для них всего лишь образом. Поэтому они классифицировали душевные болезни не с биологических точек зрения. Они пытались найти связь между психическими “болезнями” и психологическими расстройствами или душевными недостатками. Философская позиция привела к тому, что наряду с психологическими и метафизическими мотивами значительную роль в психиатрии сыграли также этические и религиозные.

Творчество фон Хайнротта (von Heinroth) (1773 – 1843) является нетленным примером этого направления. По его мнению, необходимо различать три больших мотива: 1. метафизический принцип: понятия “свободы” и “несвободы” образуют общую основу для его понимания болезни и здоровья. Больной является сдержанной в своей метафизической свободе душа. 2. религиозно-этический принцип: из греха и вины должно быть понято возникновение душевных заболеваний. 3. классификационный принцип: разграничение и классификация болезненных форм должны совершаться на психологическом базисе.

Сущностью душевной болезни является, таким образом, несвобода. Приверженность злу и себялюбие — причина душевных расстройств. Безумие возникает, согласно Хайнроту, вследствие бурных страстей, тщеславия и высокомерия. Если при психических заблуждениях можно обнаружить несомненные телесные расстройства, то их он тоже объясняет неправильным поведением. Терапия должна заключаться в лечении душевного. Если совершенствуют этическое поведение, то сокращают число больных людей.

Очевидно, что учения фон Штала и фон Хайнротта существенно отличаются. Согласно Шталю, человек является существом, которое приводится в движение изначальной силой. У Хайнротта основную роль играет возможность свободного решения.

В девятнадцатом веке, наряду с гиппократическим пониманием, возникают еще многочисленные новые мотивы объяснения. Шеллинг в своей теории представляет человеческую личность с акцентом на идеях о полярности человеческой природы. Различные системы в организме оказывают полярное влияние друг на друга. Функции центральной и симпатической нервной системы описываются как такие полярные процессы. Центральная нервная система господствует в бодрствовании, во сне доминирует симпатическая система. Она, по Шеллингу, является носителем бессознательного, сновидения, внутреннего челове-

ка. Здесь впервые появляется понимание значения бессознательных душевных процессов. Это продолжается под влиянием фон Каруса (von Carus) (1789 – 1869), который в начале своей “Психологии” пишет: “Ключ к объяснению сознательной душевной жизни находится в бессознательном”².

Тем не менее, можно сказать, что в 19-ом веке биологически-естественнонаучное мышление в психиатрии одержало победу. Под влиянием стремительно развивающегося позитивизма и невероятного подъема, который переживали естественные науки, гуманитарный способ рассмотрения оказался на заднем плане. Основывается современная, медицинская, эмпирическая психиатрия благодаря новаторскому творчеству фон Гризингера (1817 – 1868), который сначала был терапевтом и физиологом. Он отстаивал ту же точку зрения, что и Гиппократ: болезненные психические состояния являются выражением болезней мозга. Учение Гризингера имело большое влияние, в первую очередь к тому же в нашей стране. Шрёдер ван дер Кольк (Schroeder van der Kolk) был выдающимся представителем новой, неврологически фундированной психиатрии. Вплоть до двадцатого века продолжается это развитие. Когда я называю такие имена, как Вестфаль, фон Гудден, Мейнерт, Вернике, Винклер и Кляйст, то для знатока оживает целая эпоха психиатрии. Начинается гистопатология психозов.

В этот период, по-видимому, научная психиатрия окончательно нашла свой путь. В конце 19-го века заявляют о себе значительные, новые точки зрения. Крепелин (1856 – 1926) не мог вполне удовлетворяться исключительно нейрофизиологическим и анатомическим направлением. Он нашел этот способ рассмотрения недостаточным для целостной классификации психических заболеваний. Крепелин стремился к тому, чтобы найти болезненные единства. Эти болезненные единства определяются одинаковыми причинами, одинаковой психопатологической картиной состояния, одинаковым течением и одинаковым патологоанатомическим субстратом. В психиатрии точно так же, как и в общей медицине, развивалась тенденция понимать душевные расстройства со всеми их телесными и психическими связями и формами проявления при помощи осознанного применения и сочетания всех точных соматических и психологических методов. Клиническая систематика оказалась в центре внимания. Клинико-нозологическое направление, начатое Кальбаумом (1828 – 1899) и Крепелином, достигло грандиозного расцвета. Приблизительно в 1910 году это направление, кажется, захватило весь научный мир. Потом возникло разочарование, и в наши дни во многих странах требуется мужество для заявления о том, что взгляды Крепели-

на в модернизированной форме имеют большое значение.

Мне хотелось бы еще рассказать о трех в корне различных методах лечения психических болезненных состояний. Первый метод почти полностью предан забвению: месмеризм. Антон Месмер (1734 – 1815) отстаивал точку зрения, что универсум наполнен магнетическим флюидом, который все пронизывает. Он описал это в 1766 году в своем сочинении “De influxu planetarum in corpus humanum”³. Месмер полагал, что он обладает способностью оказывать влияние на действие этого флюида и на его баланс у человека. Он конструировал железные аппараты; пациент должен был держать в руке связанный с ними кусок железа. Таким образом он приводил людей в сноподобное состояние, вызывал судорожные припадки и также мог устранять болезненные явления. Он достиг огромной славы; но, впрочем, многие считали его шарлатаном. Французская академия наук в 1784 году опубликовала доклад, в котором месмеризм не признавался. Все эти состояния якобы возникали только в его воображении. Из так называемого “месмеризма” или “магнетизма” развился гипноз. Последний в первую половину 19-го века получил широкое распространение; затем он, по-видимому, на некоторое время исчез, но позже, благодаря Шарко (1825 – 1893), вновь вошел в моду. При помощи гипноза представилась возможность психического влияния на психические расстройства, и теория их психического способа возникновения — мы говорим сегодня о психогении — вновь вышла на передний план. В 1885 году клинику Шарко посетил Фрейд (1856 – 1939). Это стало поворотным пунктом в его карьере. Когда Фрейд прибыл к Шарко, он был уже значительным неврологом и нейроанатомом. Благодаря Шарко и благодаря продолжительной совместной работе с Брейером Фрейд в дальнейшем развивался совсем в другом направлении. Из этого сотрудничества возникли “Исследования истерии”, в которых убедительно доказывается, что истерические явления могут возникать психогенно и что они имеют основу в бессознательном, которая может быть осознана посредством гипноза. Из этого с очевидностью следует, что эти явления имеют “смысл” и что осознание душевной травмы и отреагирование связанного с ней внутреннего напряжения могут вести к выздоровлению. Тем самым была уже заложена основа для развитого впоследствии Фрейдом психоанализа. Психотерапия родилась в качестве научного метода. Развитие психоанализа, как всем, конечно, известно, продолжалось до сего времени.

Вкратце мы хотим обсудить еще одно исследовательское направление, которое тоже начинается в 19-ом веке: учение о наследственности и дегенерации. Это учение пережило грандиозный взлет. Почти

² Многому в этой исторической части я обязан статье Бирнбаума об истории психиатрии в руководстве Бумке.

³ “О влиянии небесных тел на человеческое тело”. — *Прим.пер.*

во всех кругах говорили о нем. Оно имело, по меньшей мере, такое же влияние на беллетристическую литературу, как позднее психоанализ и экзистенциализм, не исключено, что даже еще большее. Стоило бы приложить усилия, чтобы выяснить культурно-исторические основания распространения и обесценивания взглядов Мореля, Ломброзо, Фере и других. Учение о дегенерации затем до такой степени ушло в тень, что в некоторых кругах считалось даже хорошим тоном говорить о Ломброзо с величайшим презрением. Учение о наследовании некоторых душевных болезней — несколько видоизмененное — хотя и развивалось дальше, но пока не заслужило вновь того места, которое ему подобает.

Я резюмирую различные направления, которые существовали в психиатрии на протяжении уже более двух тысяч лет. К ним относятся: нейро-физиологически-анатомическое направление, учение о телесных жидкостях, демонология, учение о психически полагавшейся жизненной силе, учение о телесно полагавшейся жизненной силе, предположение о метафизической основе (ограничение свободы, учение об этически-религиозных причинах психических расстройств), учение о воздействующем на душу флюиде, учение о расстройстве в полярности человеческих качеств, учение о дегенерации и наследственности и, наконец, учение об активности поврежденного психической травмой бессознательного. При выслушивании всех этих теорий у кого-то может закружиться голова.

Если я Вам теперь скажу, что эти различные течения в истории отчасти следовали одно за другим, отчасти освобождали место друг другу и что сегодня почти все находятся друг подле друга, что даже еще несколько очень значительных присоединилось к ним, тогда ситуация психиатрии наших дней, возможно, станет для Вас еще более ясной.

Следующие способы рассмотрения появились только в новейшее время:

Прежде всего, благодаря психоанализу, который исследовал ступени развития организации либидо, но не в меньшей степени благодаря развитию сравнительной психологии, детской психологии и зарождающейся детской психиатрии было введено понятие *расстройств развития*, и психические расстройства начали интерпретировать как возврат на предыдущие этапы развития. Также учение Джексона, которое основывалось на эволюционных взглядах Спенсера, — тот, в свою очередь, находился под влиянием Дарвина, — имело большое влияние, главным образом на французскую психиатрию. Джексоновские идеи об эволюции и диссоциации функций заслуживают того, чтобы вести за собой дальше. Де Клерамбо и в наши дни Анри Эй допускают, что психические расстройства можно объяснить как выражения расторможенных низших ступеней душевного развития. В психоанализе мы вновь находим эти идеи в понятии регрессии. Идеи, что умственный уровень поднима-

ется и опускается по мере того, как психическая сила напряжения, которая поддерживает обычный уровень, увеличивается или уменьшается, мы находим в учении Жана в “*tension psychologique*” и в “*abaissement du niveau mental*”. Понятие “интегративной деятельности” Шеррингтона стало для современной психиатрии очень важным.

Но возникают еще другие точки зрения. Совсем новый способ рассмотрения психиатрии вышел на первый план в Соединенных Штатах. Рассматривается уже не изолированный индивидуум, а отношения людей друг с другом. Человек живет в отношениях к другим людям; психические расстройства возникают благодаря расстройствам во взаимной игре сил. Психиатрия, которая основывается на отношениях людей друг с другом, образует центральный пункт в работе чрезвычайно даровитого Гарри Стэка Салливана. Понятно, что здесь проявляется новая метафизика. В самом деле, некоторые психиатрические симптомокомплексы можно интерпретировать как процесс секвестрирования с исключением индивидуума из совместной жизни. Если эти процессы мы рассматриваем не как донныне лишь в качестве вторичного следствия расстройств в индивидууме, то мы должны допустить силу, которая удерживает людей вместе и регулирует отношения между ними. Действительно ли мы располагаем достаточными научными доказательствами, которые позволяют предполагать действие такой силы? Научное доказательство того, что есть силы, которые действуют в обществе и которые представляют собой не только следствие взаимной игры сил в человеке как индивидууме, еще не дано; могут утверждать, что нет никакой возможности доказательства. Мы имеем дело с психиатрией, которая ссылается на доктрину *human relations*, с философски-метафизической теорией. Теперь против этого ничего нельзя возразить, если только действительно отдают себе в этом отчет. Едва ли можно оспорить это констатацией, что таким образом и благодаря зарождающейся в Европе феноменологической и философской антропологии, которая посредством “усмотрения сущности” пытается овладеть сущностью вещи, современная психиатрия вновь получает сильный философский уклон. Без явного признания здесь между американской и западноевропейской психиатрией существует единодушие. Я вижу его в основополагающем представлении, что человек и мир даны совместно. Воззрение, что человек не “наличная вещь”, а субъект, который постижим не рационально, а иррационально посредством любви, находят в учении Витакера и его школы; эта идея также играет — о чем он сообщил мне в личной беседе — большую роль в “*client centered psychotherapy*” Роджерса.

Если теперь подумают, как обширно распространился психоанализ, разнообразно разветвленный благодаря своим приверженцам и благодаря новым школам, основанным отступниками, если затем поду-

мают, что доктрина human relations развивалась по направлению к социогенетической психиатрии, если проследят развитие психической гигиены и вытекающего из него движения за психическое здоровье (Mental-Health-Bewegung), если обдумают, какое колоссальное обогащение произошло благодаря психологии и благодаря различным ступеням феноменологии — от Ясперса, Кронфельда и Кунца к Хайдеггеру, Сартру, Бинсвангеру и, наконец, к Бьютендейку и ван дер Хорсту и их школам и к ван ден Бергу, если отдадут себе вдобавок отчет о распространении тестов, которые одним махом и с высокой валидностью открывают нам глубочайшие содержания душевной жизни, — тестов Роршаха, Мюррея, ван Леннепа и Сонди, и если изучат различные формы характерологии, которые все находят в психиатрии свое применение, — то начнут понимать, сколь необозримой стала область психиатрии.

О лечении психически больных я при этом даже не говорил. Активная терапия Симона, введенная у нас благодаря ван дер Шееру, Краусу и многим другим, произвела революции в больницах и не только сделала участь больных бесконечно более достойной человека, но также доказала, что многие психиатрические явления в действительности являются социогенно обусловленными.

Я все еще не дошел до конца своего списка: сначала в Германии благодаря фон Вайцзекеру, Хейеру (Heuer) и Шварцу, позже в Америке благодаря Александеру, Данбару и др., затем у нас благодаря Гроену (Groen) и др. осваивается новая область, которая расположена между внутренней медициной и психиатрией, так называемая психосоматическая медицина, которая предоставляет новое поле деятельности для психотерапии. В последние годы, кроме того, благодаря фармакопсихиатрии открылась совсем новая и очень перспективная область. Если теперь представить себе, какая интенсивная работа ведется во всех этих разделах, то действительно нельзя сказать ничего другого, нежели то, что психиатрия процветает как никогда раньше в своей истории. Работа в разделах психиатрии столь расширилась, что тем временем работа над общим корнем оказалась заброшенной.

В самом деле, нельзя не признать, что психиатрия цветет обильнее, чем когда-либо прежде. Во всех разделах выполняется весьма ценная работа. Тем не менее, психиатрия находится в большой опасности. Это мнение я обосновываю следующими фактами: психиатрия как наука лишена равновесия. Процветающие разделы не сведены к единому целому. Отношения между тем, что находится в обильно цветущих разделах, и целым заболевшей личности почти нигде не удалось установить. Психиатрия могла бы, в самом деле, процветать и не оказаться в опасности и не подвергать опасности людей, если бы все старое и новое было включено в большую, высшую концепцию здорового и больного человека. До сих пор это верно

только очень условно. Но равным образом психиатрия пребывает в опасности до тех пор, пока не существует общепринятого взгляда на важнейшие основы. По-прежнему недоверности нагромождаются на недоверности. Действительно научным методом почти ничего не доказано. Несомненно, “очевидность” в гуманитарной области является критерием, который нельзя недооценивать, но даже очевидность существует не всегда, и зачастую мы не полагаем ничем иным, нежели то, что великий groningenец Хейманс (Heumans) назвал “правдоподобиями”. Он ожидал, что эти правдоподобия могли бы превратиться в объективные научные достоверности. Психиатрия, без того чтобы это признавали, больше чем другие отрасли медицины зависит от эмпирии и от интуитивного обнаружения отношений. Ни один из видов терапии, к примеру, не имеет столь малой достоверности, как психотерапия. Очевидно, что с ее помощью можно достичь хороших результатов, но при строго научном рассмотрении осознают, что ни относительно вопроса, какие пациенты подходят для психотерапии, ни относительно того, какой метод у какого больного должен применяться, как вообще психотерапия действует и к каким результатам она ведет, не имеется общепризнанного и научно обоснованного ответа. Это отнюдь не свидетельствует против того факта, что психиатр на основании своего опыта и интуиции часто с большим успехом и с отличными результатами занимается психотерапией и что эта терапия не только оправдана, но и должна была бы развиваться дальше. Внутри психиатрии с ее пропагандой и ее теориями — я думаю здесь, прежде всего, о Соединенных Штатах — эти основополагающие недоверности, которых ведь в самом деле в столь сложном предмете не стоит стыдиться, получили, однако, недостаточное выражение. Раздел психиатрии обесценивается из-за того, что нечто выдается за очень ценное, но не обеспечивается золотыми слитками солидного научного познания. Однако, наука, которая настолько сама себя обесценивает, находится в опасности.

Если, стало быть, психиатрия находится в опасности из-за недостаточной связи своих разделов и из-за того, что она недостаточно учитывает свое научное обоснование, то ей угрожают еще другие опасности. Это опасности диагностики. Даже дилетантам известно, что пациенту подчас ставится столько же диагнозов, сколько психиатров его обследовало. Даже если допускают, что не все эти психиатры были некомпетентными, то это, все-таки, заставляет крепко задуматься. Причина этого лежит на поверхности. При диагнозе воспринимаемые явления соотносятся с другими, наблюдаемыми или предполагаемыми явлениями. Диагноз в этом смысле, таким образом, является “релятивным”.

В настоящее время нет другой такой медицинской науки, в которой работа ведется со столь большим

числом систем отсчета, как психиатрия. Все способы рассмотрения, все теории, которые я Вам перечислил, служат сегодня столь же многими системами отсчета. Если диагноз основан только на *одной* системе отсчета, то это еще не принесло бы вреда, поскольку в выбранной системе на самом деле тоже находится важнейшее условие возникновения болезни. Но не всегда это так. Ценность клинициста определяется, прежде всего, тем, учитывал ли он при постановке диагноза максимально возможное число систем отсчета и выбрал ли он с правильной интуицией правильную систему отсчета в качестве базиса своей терапии. Необходимый для этого опыт может приобретаться, сохраняться и совершенствоваться только тогда, когда психиатр остается клиницистом. Благодаря бесчисленным направлениям, некоторые из которых действуют столь обворожительно, — я называю только психоанализ и феноменологию, — сейчас возникает опасность, что психиатр хотя и приобретает большой опыт в пределах своей системы отсчета, но совершенно пренебрегает другими. Тогда для некоторых болезненных случаев он может быть лучше, чем любой другой, но в очень многих других существенно хуже.

Бесчисленное множество раз я задавался вопросом, как случается то, что столь многие психиатры оставляют клиническую психиатрию, чтобы почти исключительно посвятить себя одному из многих разделов, отвергая — и даже презирая — другие. Далее: какова более глубокая причина того, что вопреки большому, пусть даже опасному процветанию прогресс, о котором можно было бы догадаться по результатам, не имеет никакого отношения к этому процветанию? Складывается впечатление, что психиатр снова и снова поддается соблазну делать не то, что ему было бы необходимо, но что он становится односторонним в своем мышлении, придерживаясь догм, которые, в сущности, несостоятельны. О некоторых из соблазнов, которые известны каждому психиатру, — я ни в коем случае не исключаю себя самого, напротив, многие из них я испытал на себе, — я хотел бы сказать ниже.

1. Соблазн отказаться от требования объективности

Психиатр, собственно, как и всякий врач, должен сблизиться с человеком, который ищет его помощи, как человек. Происходит, называя это модным словом, “встреча” (“Begegnung”). Психиатр в большей мере, чем все другие врачи-специалисты, должен понимать своего пациента; это желательно не только по человеческим основаниям, но часто также — даже если не всегда — необходимо для постановки диагноза. Для того, чтобы постигать людей в их субъективности и для дифференциации картин состояния, он должен обладать знаниями о феноменологии. Психиатр должен, таким образом, основательно углубиться в эти регионы, однако, он должен субъективно созерцаемое перенести в объективно-научный способ рас-

смотрения, и настолько, насколько это возможно, он должен воспринятое соотнести с тем, что является его собственной территорией как врача: с биологическими функциями. Отказ от субъективности к выгоде объективности представляет собой, однако, тяжелую задачу. Психиатр кажется менее человеческим, если он выполнил эту задачу — но так ли это на самом деле? Это ведь должно произойти именно к выгоде человечности. Если бы он остался в области субъективно созерцаемой действительности, он не вернулся бы к своему исходному пункту, в таком случае он лишил бы своего пациента всякой надежды на выздоровление — ибо этот конкретный человек является, конечно, не только душой и духом, но и существом из плоти и крови, чьи жизненные функции повреждены, функции, которые привязаны к биологическим процессам, к бесконечно сложным структурам, к нейрофизиологическим регуляциям, к запутанным химическим процессам, которые в свою очередь соединены с измеримыми электрофизиологическими процессами. Он, психиатр, вынужден вернуться назад, как мы надеемся, нагруженный сокровищами из необъятного царства гуманитарного способа рассмотрения, к ограниченности естественнонаучного. Если бы он остался в области субъективности, то он походил бы на геофизика, которому поручено объективно геофизически описать структуру некоторого ландшафта. Он идет туда, и красота ландшафта до такой степени захватывает его, что он вместо естественнонаучного отчета сдает картину ландшафта, и эта картина ни разу не прекрасна, поскольку он — художник-дилетант! Это может случиться и с нами, психиатрами. Мы легко забываем, что в великом прошлом психиатрии почти все действительно полезные лечебные методы возникли на основе биологически-естественнонаучной теории. В этом пункте восприимчивый к субъективно-психологическим связям врач должен принести большую жертву. Понимание часто приводит к симпатии, это удовлетворяет глубокую человеческую потребность. Врач, который таким способом сближается с пациентом, получает большую симпатию от него, зачастую он также знает, что о врачах, которые придают основное значение господству естественных наук, в широких кругах отзываются очень пренебрежительно. “Эти медики вовсе не врачи, — так говорят, — они механики, вроде автослесарей” и т.д. Им трудно вынести разговоры о том, что их образ человека является редуцированным. Но сильные медики должны сказать: “В самом деле, это так, опасность существует, я знаю это, но именно эта редукция помогла тысячам”. Равным образом многим трудно понять, что благодаря очень грубому воздействию — я имею в виду электрошок — человеку с тяжелым душевным недугом, обремененному чувствами вины, можно оказать быструю помощь. Для настоящего духовника это представляется камнем преткновения. (К сожалению, я не могу разъяснить здесь, почему это вовсе не

должно быть камнем преткновения). Путь естественнонаучно-биологического исследования долог: так что не удивительно, что некоторые психиатры теряют терпение. Они слышат о результатах посредством религиозных и оккультных потрясений, они получают от этого сильное впечатление и начинают считать скучной куда более прозаическую клиническую работу; они дезертируют из лагеря объективных исследователей.

Конечно, объективация может перейти всякие границы. Она может пойти так далеко, что исследующий специалист сам даже не видит пациента и что он только тщательно изучает данные обследования, которые он получает из различных лабораторий и от лечащего врача, и затем дает свои рекомендации. Если у пациента хороший контакт со своим лечащим врачом, так что он не обделен человеческим отношением, то можно вполне понять и отчасти даже обосновать позицию сильно объективирующего специалиста. Если ему совершенно ясно, чего недостает пациенту, то может показаться совершенно лицемерным еще и посещать его, поскольку это, в сущности, едва ли еще имеет ценность, разве что пациент в таком случае сам увидит великого мужа. Это могло бы быть притворством, схожим с поведением метеоролога, который на основании многочисленных исследовательских данных из различных институтов составил свою метеосводку, но еще и вышел на природу, чтобы с ученой миной смотреть на небо. И все же: врач, несмотря ни на что, должен был бы идти. Медицинская специальность страдает от частой недобросовестности.

2. Соблазн принимать во внимание исключительно содержания психического переживания

Что при контакте с нашими собратьями глубоко трогает нас в первую очередь, преимущественно в начале нашего профессионального пути, так это содержания болезненного переживания. Когда мы говорим о людях, эти содержания прежде всего выходят на первый план. Если мы можем соотнести их с другими, то мы считаем, что достаточно поняли состояние. Странные содержания захватывают нас, устрашают нас. Потаенные переживания открываются нам с помощью глубинно-психологических методов или лабораторных тестов. Мы склонны оценивать людей согласно этим содержаниям. Тем не менее, это верно только очень условно. Содержания большей части причудливых бредовых систем становятся более или менее понятными вследствие того, что было признано, что за видимым содержанием скрывается еще другое. Полагают, что из взаимосвязи переживаний можно понять состояние больного. В самом деле, в описании переживаний психиатрия настолько продвинулась, что в дальнейшем следовании по этому пути можно было бы не увидеть необходимости. В этом заключается причина того, что англо-американская психиатрия с некоторым пренебрежением гово-

рит о дескриптивной психиатрии. Но разве мы действительно достигли конца нашего описания? Мы не собираемся поддаваться соблазну? Я полагаю, что это действительно так. Психиатрическая литература богата описанием содержаний, но описанию формы уделяется крайне мало внимания. Вместе с тем перед нами встает сложная проблема отношения формы и содержания, проблема, которой занимались многие исследователи. Если нам открывается значение формы, возникает склонность полагать, что в психиатрии речь, прежде всего, идет о формальных расстройствах психической жизни. Действительно, особенность психического заболевания есть в гораздо большей степени вопрос формы, — как это духовное содержание “встроено” в целое этого человека, — нежели вопрос содержания. Формам психической жизни в патологии уделяется слишком мало внимания; к тому же это именно формы, которые доступны объективному наблюдению в большей мере, чем содержания. Равным образом выведение формальных признаков психического события из нейрофизиологических и анатомических изменений зачастую удается лучше, чем выведение содержаний. Я подозреваю, что исследование психопатологических формальных расстройств мало-помалу снова в большей мере выдвинется на передний план. Если сначала принимают во внимание эти расстройства, то становится ясно, что можно поставить очень точный диагноз даже в случае только кратковременного наблюдения пациента.

3. Соблазн считать данные глубинной психологии более существенными (глубокими), чем данные “поверхностной психологии”, как я ее здесь буду называть

Занятие глубинной психологией вызывает большое удовлетворение нашего самолюбия. Однако, нужно коротко и ясно поставить вопрос: Достигает ли глубинная психология большей глубины, чем психология сознательной жизни? Под “поверхностью” психической жизни человека я понимаю следующее: его телесную поверхность и облик и очевидные каждому его психическую личность, его психомоторику, его поступки, любовь, которую он дает или не дает, чувства, которые он выражает или не выражает. Человек раскрывается на своей поверхности, которая в то же время является его формой. Поверхность есть более всего собственное (das Eigene), она есть его индивидуальная примета. Если меня спрашивают: “Чем на самом деле является человек?”, то я бы ответил: “его оформленной поверхностью”. Если бы мы к тому же знали так много о его глубине, то из-за этого не могли бы понять его поверхность. “Но, — скажете Вы, — ты путаешь видимость с сущностью”. На это я отвечаю: “в видимости раскрывается сущность”. Вы скажете: “видимость обманывает”. Я отвечаю: “видимость не обманывает”. Если мы научимся лучше наблюдать, откроется мнимость сущности в так называемой об-

манчивой видимости. Но чтобы увидеть это, мы должны уделить поверхности столь же заботливое внимание, какое мы с такой готовностью подарили “глубине”. Великие писатели, которые изображают нам поверхность со всеми ее оттенками, дают нам более глубокое понимание, чем те, для которых важны только скрытые глубины. Конечно, в переоценке поверхности тоже скрывается соблазн. Тем не менее, не вызывает сомнений то, что исследование формы и поверхности может пойти на пользу нашей диагностике.

4. *Соблазн во что бы то ни стало пытаться все понять*

Один из самых серьезных соблазнов психиатра заключается в том, что он, в стремлении понять своего пациента, пытается понять гораздо больше, чем нужно. Это чрезвычайно сложный пункт. Когда психиатр должен прекратить свою психическую эксплорацию? Нам необходимо очень основательно дать себе отчет в том, что необходимое для эксплорации провоцирование только тогда не представляет опасности для пациента, когда он располагает хорошими возможностями для интеграции. Я думаю, что более тщательная оценка проблем формы и поверхности может указать нам путь в этой области. Тогда мы увидим, что пациента действительно можно вылечить, не имея необходимости в знании всего его сознательно-го и бессознательно-го содержания переживаний.

5. *Еще больший соблазн для психиатра заключается в том, что он eo ipso считает себя знатоком людей*

Психиатр, который долгие годы интенсивно с пониманием занимался бесчисленными душевнобольными, подвергается опасности верить, что он тем самым также научился понимать здоровых людей. За это его нельзя осуждать. Такой тезис, как: “знаток невроза есть eo ipso знаток людей”, который используется довольно часто, укрепляет его в этом мнении. Точка зрения, что у душевнобольных можно наблюдать человеческие качества словно сквозь увеличительное стекло, тоже содействует этому соблазну. Здесь следует подчеркнуть: я твердо убежден, что знание душевных расстройств человека едва ли способствует тому, чтобы лучше узнать здорового. Слишком часто мы путаем психически расстроенную жизнь с проявлениями глубочайшего человеческого бытия. Несомненно, становятся явными пропасти, несомненно, мы получаем иногда — только “очень иногда” — представление о глубинах и вершинах человеческих возможностей, но это патологические глубины и патологические вершины. Не психиатр, а художник делает для нас явным глубочайшее переживание человека и дает ему форму и выражение. Глубочайшее переживание выпадает на долю не больного человека, а нормального человека в его наивысшие мгновения. Эти мгновения чаще всего мимолетны: затем нор-

мальная жизнь снова замыкается — смотря по темпераменту — в более или менее удовлетворительной жизни “людей” (des “Man”). Что она замыкается, это показатель нормальности. В душевной болезни жизнь очевидно присутствует, остается зримой, неприкрытой, чуждой и ярко освещенной, безумной. Патологическому недостает формовки, недостает стиля, тем самым недостает — странный парадокс, поскольку в расстроенной жизни достаточно напряжений — напряжения, того напряжения вольной страсти в сублимированной форме. Вновь выясняется, что различие между болезнью и нормальностью, вероятно, является проблемой формы. Если же психиатр eo ipso считает себя знатоком людей, то он подвергается опасности ложно оценивать нормальных людей и уже не видеть во всей ясности того, чего не хватает больному. Найти то, чего ему не хватает, — ведь именно об этом идет речь. Великие человеческие качества: любовь и продуктивность, это качества, которых почти всегда недостает психически больному. Если мы постигнем все это лучше, то, возможно, для нас прояснится то, что я понимаю под психическими расстройствами здорового человека и таковыми же у больного. Психическая жизнь здорового может быть значительно расстроена без того, чтобы уже можно было говорить о болезни.

После того как я подчеркнул, что психиатр не является eo ipso знатоком людей, я должен справедливости ради добавить, что человек, который знает здоровых, — при этом я имею в виду обладающих тонкой интуицией знатоков людей и опытных психологов, — не является eo ipso знатоком душевнобольных. Непотребства, которые многие здоровые позволяют себе в этом отношении, намного превосходят наши ошибки. Может быть правдой, что мы на многих здоровых проецируем наше знание больного — это не так опасно, здоровый может это перенести. Но если здоровый грубо и простодушно проецирует свою психологию на больного, это может произвести сокрушительное воздействие.

6. Если психиатр не поддался этому, только что описанному соблазну, то он не должен также стать добычей того последнего, который я собираюсь сейчас обсудить. *Это соблазн полагать, что он призван указать миру путь к лучшему сосуществованию.*

Этого психиатр не может. История теоретического развития психиатрии неопровержимо это показывает. Я хотел бы упомянуть здесь то, что я сказал в другом месте: “Мне бросилось в глаза, что меняющийся сквозь века образ мира и жизни не в последнюю очередь проявляется в психиатрии и в психологии. Психиатрический образ жизни и мира, однако, никогда не показывал путь к самому глубокому пониманию. Снова и снова мы наблюдаем, что психиатр усваивает себе идеи своего времени и затем воспроизводит их совершенно по-своему, зачастую так, что

потом почти кажется, как будто он задал направление”. Таким образом, психиатр и психолог только очень условно могут содействовать общественным наукам.

В своей речи я представил Вам краткий очерк развития психиатрических теорий. Как я надеюсь, я показал Вам колоссальное различие оснований, которые характерны для психиатрии наших дней. Я указал на опасности, которые угрожают этой процветающей психиатрии, и описал некоторые соблазны, которые оказывают влияние на психиатра. Я хотел бы теперь еще ненадолго привлечь Ваше внимание к ответу на вопросы: Что же дальше? и: Как можно избежать опасностей?

В первую очередь это может произойти вследствие того, что соблазнам оказывают сознательное сопротивление.

Я изобразил Вам, как психиатрический диагноз основывается на большом количестве систем отсчета, которые содержат столько же серий условий, делающих возможным психическое расстройство у этого конкретного человека. Психиатр должен знать и применять как можно больше систем отсчета. Это удастся ему лучше всего в том случае, если он, развиваясь, станет клиницистом. Поэтому клинической психиатрии необходимо уделять больше внимания. Если психиатр покидает клинику (я понимаю под этим институт), то он должен стараться поддерживать с ней тесный контакт. Равным образом независимо работающий психиатр может остаться клиницистом и продолжать развитие в этом качестве, если он не упускает из виду эту задачу. Нужно обратить особое внимание на то, что никоим образом не возникают замкнутые подгруппы, что психиатр никогда не является только аналитиком, или феноменологом, или социологом, или исключительно биологом, и никогда не ограничивается в общении лишь соратниками.

Очень важным является вопрос о ранжировании систем отсчета или, если угодно, порождающих систем. Ответ на этот вопрос будет во многом зависеть от миро- и жизневоззрения данного психиатра. С большой интенсивностью должна проводиться работа над всеобъемлющей теорией личности. Я хотел бы здесь, независимо от всех миро- и жизневоззрений, поставить на центральное место биологическую систему отсчета, и притом по следующим причинам:

Врач в первую очередь представляет собой естественнонаучного исследователя, биология является основой его работы. Психиатрия есть, прежде всего, медицинская дисциплина. Исходя из этой традиции, биологическое мышление должно находиться в центре внимания.

Понятие болезни есть в первую очередь биологическое понятие, оно должно быть таковым и в психиатрии. Очень важный аргумент в пользу этого состоит в том, что биологические методы в психиатрии тоже показали лучшие результаты. Это не означает, что

психиатр вправе пренебречь всеми системами отсчета, кроме биологической, и я не хочу сказать, что сущность человека определена исключительно биологически. Однако, я придерживаюсь мнения, что в долгосрочной перспективе очень многое из найденного гуманитарными науками, если в дальнейшем это проследят до истоков, будет возможно интерпретировать биологически. Общей биологии для этого недостаточно, должна быть создана специальная человеческая биология. Биология позволяет нам проще, чем прежде, поместить себя в центр нашего способа рассмотрения. Понятие биологии очищено от многих недоразумений и, прежде всего, следующего: биология имеет склонность поглощать результаты других методов.

Некоторые недоразумения я хочу назвать. Многие думают, что биолог — чаще всего материалист. Нет ничего удивительного, если он рассматривает жизнь как вариант неживой природы, а не как нечто особенное. Столь же большое недоразумение считать психологию и биологию идентичными, как и толковать их как что-то совершенно отдельное друг от друга. Существует большая область, в которой один и тот же феномен можно было бы с тем же успехом назвать как биологическим, так и психическим. Очень многие отличительные черты живых организмов и душевной жизни совпадают. В этом отношении психология в самом деле представляет собой биологию.

Делают один шаг вперед, когда говорят следующее: психическое — отличительный признак всего живого. Фактически мы не знаем, должны ли мы называть следующие качества живых организмов психическими или биологическими признаками: чувствительность к раздражителям и адаптация к ним, поглощение и отдача, торможение, замедление и ускорение, регулирование и интегрирование, затем способность проявляться как *unitas multiplex*⁴, реагировать изменениями темпа и ритма, обнаруживать целенаправленность, а также — как начало памяти — влияние предшествующей переработки раздражения на последующую.

Феноменологу проще вступить на биологическую территорию, если он замечает, что речь там тоже не идет в первую очередь о “наличных вещах”, что, например, инстинкт — отнюдь не наличная вещь. Также он обнаружит, что биолог все больше и больше считается с влиянием тотальности, и он должен будет признать, что этот биолог — пусть даже другим способом, нежели феноменолог — еще прежде него знал, что человек и мир даны в одном (*in Einem*), видел организм в единстве с окружающей средой, что он знал, что нельзя интерпретировать его качества, исходя из отдельной клетки.

⁴ Единство многообразия (лат.). — *Прим.пер.*

Биологический способ рассмотрения дает больше возможностей, чем прежде. Если мы научимся познавать, что нервная система регулирует почти все наши отношения с внешним миром, мы также познаем, что область, которую мы называем “психическим”, в значительной мере содействует этому. Психическим дается возможность отношений к находящемуся далеко за пределами тела. В этом смысле данное уже много лет назад Стенверсом (Stenvers) определение: “Психология — это теория отношений” очень полезно. Если мы новую теорию кибернетики, названную Бокком (Bok) “рулеведением” (“Steuerkunde”), привлечем к нашему рассмотрению, то станет ясно, что биология предоставляет большие возможности для объяснения.

Некоторые психоаналитики всегда знали об этом. У Фрейда это наиболее ярко проявляется в его помертвом фрагменте “Набросок психологии”, который отчасти является продолжением размышлений Мейнерта (Meynert). У нас Вестерман Холстейн (Westerman Holstijn) предпринял попытку биологического объяснения аналитических результатов. То же самое сделал швейцарец Брун (Brun).

Каким богатством возможностей биология может одарить человека, мы узнали из ректорской речи моего предшественника Конингсбергера (Koningsberger). В этой связи я хотел бы указать на работы Прика (Prick) и, прежде всего, Дроглевера Фортуйна (Droogleever Fortuyn). Что феноменологическая антропология равным образом может побуждать к биологической интерпретации, мы видим в некоторых местах сочинений Бинсвангера. Я сам пытался связать между собой понятия инстинкта, архетипа и экзистенциала.

Если мы в психиатрии помещаем в центр внимания нарушенные жизненные функции, то это не означает, что можно пренебречь другими системами отсчета. Психиатр всегда имеет дело с целым человеком, который живет в особых условиях, данных его болезнью. Для познания человека психиатру одинаково необходимы как гуманитарные, так и естественные науки. Но чтобы понять и лечить своих больных, он должен, прежде всего, все глубже и глубже проникать в биологию и патологию. Я придерживаюсь своего мнения, высказанного в 1937 году, что психиатрия является как гуманитарной, так и естественной наукой, однако, опыт научил меня, что основной акцент следует делать на естественной науке.

Отсюда вытекают вопросы: “Должны ли мы считать, что человек никогда не может заболеть в силу первичных духовных изменений? Может ли дух человека заболеть не в биологическом смысле?” Было

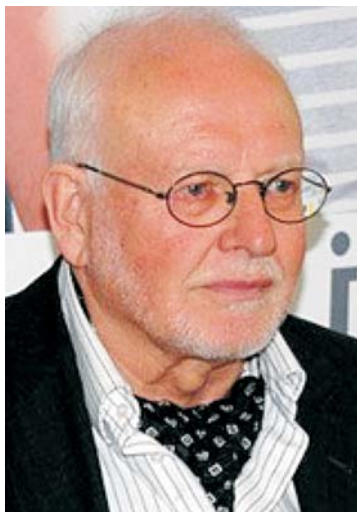
бы глупо отвечать на эти вопросы категорическим отрицанием.

Если психиатр при помощи чисто психических средств помог человеку преодолеть его чувство вины и научил его брать свою вину на себя, то можно действительно склониться к тому, чтобы увидеть в этом доказательство того, что болезнь, в сущности, была духовной или психической. Но, впрочем, можно было бы спросить, не могла ли психотерапия — при точном анализе того, что произошло — подействовать только вследствие того, что благодаря терапевтической ситуации биологическая основа пациента подверглась благоприятному воздействию. В современной психосоматике эта точка зрения целиком выходит на первый план. И поэтому психиатру еще не запрещено, когда это необходимо, говорить о духовных или душевных ценностях. Это удивительная задача — пробуждать с новой силой дремлющую или глубоко скрытую религиозную жизнь, это нечто чудесное — при помощи методов глубинной психологии содействовать человеку в осознании его глубочайших мотивов, и это нечто столь же прекрасное — в действительно благотворной беседе открыть человеку его собственную сущность. Но — это следует подчеркнуть — это не первая задача врача, и очень большой вопрос — не находят ли, если он придерживается своей первичной задачи и выполняет ее с настоящим мастерством, многие или все прочие затруднения свое решение благодаря собственной силе, как только пациент поправился. Подумайте о хорошем эффекте электрошока. Врач здесь делает менее важную работу? Он выполнил скромную работу, перепилив оковы, в которые был закован пациент, он вернул человеку его свободу.

Человеку знакомы поистине непереносимые напряжения, высокие душевные восторги, но также глубокие уныние, вина и раскаяние, нехватка изведанной любви, оскорбленное самолюбие, напряжения, которые могут тянуть его глубоко вниз. Это нескончаемая борьба со своей изломанностью (Zerbrochensein), своим страхом и своей гордыней. Поостережемся давать имя этой болезни. Значительная часть психических расстройств в смежной области душевной болезни и нормальности возникает, однако, вследствие того, что человек в силу предрасположения или из-за позднейшего повреждения слишком несовершенно вооружен, чтобы выдержать эту борьбу. Тогда мы видим серьезный человеческий конфликт в патологической форме, тогда человек болен.

Перевод П. Ю. Завитаева

Диагностика шизофрении: “Praecox-gefühl” — летучий голландец психиатрии?¹



Предисловие

Психиатрия в последние пять десятилетий изменилась таким образом, что опытному сотруднику 1950 или 1960 года — сотрудниц в то время было еще немного — было бы нелегко сориентироваться. Это касается не только развития медикаментозного лечения и исчезновения шоковой терапии, или лейкотоми, которую мы не оплакиваем. Это касается, прежде всего, психиатрического мышления, восприятия болезни, ее симптомов и больных людей.

Психиатрия пятидесятых и шестидесятых годов была дисциплиной — я не решаюсь написать “наукой” — клинического впечатления, межличностной коммуникации, наблюдения и интерпретации, также герменевтической интерпретации. Тот, кто лечил в то время психически больных, проникался сильным впечатлением от них, внимал чувствам, которые они в нем вызывали, и включал их в свое клиническое суждение.

Только немногие имели ясное представление о том, что речь при этом равным образом шла о чувстве противопереноса; психоаналитическое мышление в то время еще не получило признания в Центральной Европе. Только этим можно объяснить, что чувство, а именно чувство в качестве “Praecox-gefühl” голландского психиатра Х. К. Рюмке, в пятидесятые и шести-

десятые годы — по крайней мере, в немецкоязычных странах — стало повсеместным и общепризнанным диагностическим критерием шизофрении.

В понятии “Praecox-gefühl” слово “praecox” стоит для сокращения dementia praecox Эмиля Крепелина, того неудачного обозначения болезни, на смену которому в первые десятилетия двадцатого века, благодаря Ойгену Блейлеру, пришел чуть менее злополучный неологизм “шизофрения или группа шизофрений”. То, что такое чувство или “переживание”, как пишет Рюмке, могло стать диагностическим критерием, в эпоху психиатрии шкалирования, измерения и классифицирования едва ли доступно пониманию.

Именно поэтому имеет смысл заняться развитием Praecox-gefühl и историей его восприятия в тогдашней психиатрии. Это совсем нелишне, тем более что у меня есть впечатление, что речь при этом могла бы идти о летучем голландце, то есть, о привидении. Нынешняя дискуссия о пограничном расстройстве личности (Borderline-Störung) содержит некоторый намек на это (Зендер-Вальтерт и др. 1999). Я вернусь к этому в заключительном обсуждении. Предлагаемый текст представляет собой историко-психиатрическое эссе. Он снабжен и обеспечен многочисленными, частью даже пространными цитатами. Нетерпеливый читатель, нетерпеливая читательница, возможно, закроют на это глаза. Источники отчасти давние и труднодоступные.

Praecox-gefühl

По случаю второго мирового психиатрического конгресса в 1957 году в Цюрихе утрехтский психиатр Х. К. Рюмке сделал вызвавший большой интерес доклад о “Клинической дифференциации в пределах группы шизофрений”. Немецкоязычная публикация в 1958 году в “Nervenarzt” стала одной из наиболее обсуждаемых и наиболее часто цитируемых в шестидесятые годы. Всеобщее внимание психиатрического цеха вызвали, прежде всего, те положения, в которых Рюмке ввел “определенное чувство” в качестве диагностического критерия:

“Мне клинически больше всего помогало следующее: практически я следовал за возникающим в исследователе “Praecox-чувством” (“Praecoxgefühl”), возможно, лучше сказать “Praecox-переживанием” (“Praecoxerlebnis”), поскольку это вовсе не настоящее чувство. Только очень опытный исследователь может воспользоваться этим компасом. Если это чувство во мне не пробуждается, — вышеупомянутые критерии в этом случае неизбежно лишены “весьма специфического” или “шизофренического”, — тогда я до тех

¹ Данная рукопись появилась на свет в 2002 году. 21 июля 2011 года я просмотрел и поправил ее, но не изменил. Я сохранил различный способ написания в источниках — Praecox-gefühl / Praecoxgefühl.

пор, пока это возможно, противлюсь диагнозу “истинная шизофрения”.

Для правильного понятия шизофрении мне также представляется важным следующее: Тайна шизофрении — это тайна “формы”. То, что при истинной шизофрении речь идет о проблеме формы, явствует из того факта, что мы нередко можем совершенно точно поставить диагноз без того, чтобы нам было известно хоть что-нибудь о содержании переживания, например, из-за того, что мы не понимаем языка. Мимика или, скорее, пантомимика, психомоторика у шизофреников серьезно расстроена. “Истинно-шизофреническое” является не-индивидуальным. Ничто отчетливее не указывает на то, что мы имеем дело с нозологической сущностью. В Афинах или Хельсинки, в Париже и Лондоне, в Мехико и Торонто мы видим одних и тех же “истинных шизофреников”, которых часто можно распознать с одного взгляда”.

В части этого текста Рюмке защищает свое “чувство”, ссылаясь на современных авторов:

“Есть еще несколько важных критериев, в частности, чувство выключения собственной активности (Кронфельд). Лично мне это чувство известно только у “шизофреников”. Характерен нарушенный витальный контакт Минковски, но к нему, в сущности, опять принадлежит “весьма специфическое” или “шизофреническое”. Крайне важным симптомом является возмущение (Aufwühlung) архетипического мира Юнга. Однако, этот критерий часто ненадежен. Нужно назвать еще символическое переживание (Symbolerleben) Груле, симптомы первого ранга Курта Шнайдера, расстройства в осуществлении переживания Карла Шнайдера и Арнольда. Важно также описанное Виршем “шизофреническое основное настроение”. Все эти т.н. первичные симптомы только тогда являются первичными, когда добавляется адъектив “шизофренический”. Сам я придаю еще большое значение расстройству в психическом “раскрываться и закрываться”. Определенное чувство “открытости” (“Offenliegen”) может быть патогномоничным”.

Работа о клинической дифференциации в пределах группы шизофрений — не первая публикация Рюмке, посвященная Praesoxgefühl. Уже в 1941 году он опубликовал в голландском “Zeitschrift für die Heilkunde” статью под названием «Ядерный симптом шизофрении и “Praesoxgefühl”». Там он изложил следующее:

“Психиатр, вероятно, никогда не может точно сказать, на каких основаниях он ставит диагноз. Разумеется, он предъявит общеизвестные симптомы: шизофреническое расстройство мышления, утрата чувства собственной активности, идеи воздействия, интрапсихическая атаксия, расщепленность личности, шизофреническая усмешка. Тот, кто отстаивает мнение, что эти симптомы наблюдаются также при других болезнях, при спутанной мании, шизоидной психопатии, дегенеративных психозах, тоже может быть прав, или он скажет, что расщепленность вовсе

не существует, что усмешка вовсе не пустая. Если дискуссия затягивается, то первый сошлется на чувство шизофрении или Praesoxgefühl, которое он испытывает рядом с этим пациентом. Возможно, он также заведет речь о шизофреническом колорите, который окрашивает для него картину болезни. Между тем другой возразит, что все симптомы сами по себе могли бы быть шизофреническими, но что для него не существует специфического, не поддающегося описанию Praesoxgefühl или шизофренического колорита. Что означает Praesoxgefühl? Автор считает, что все вышеупомянутые явления лишь изредка являются основанием диагноза, но чаще всего симптомами, с которыми диагноз обсуждается, и он также готов отвергнуть значение всех симптомов для диагноза, если ему не хватает эссенциального. Если отдают себе отчет в том, что имеют в виду, когда приводят все те симптомы и, вероятно, придают им значение, то речь идет о чем-то, что нельзя подвести под готовые рубрики, но что, вероятно, включено во все приведенные явления. Этот феномен наиболее тесно связан с аффективными расстройствами, мыслительными расстройствами, расстройствами действий. Это неопределяемое, которое присутствует при всех этих феноменах, позволяет возникнуть Praesoxgefühl. При самом кратком обследовании врач уже замечает, что вчувствование отсутствует. При этом речь идет не только о вчувствовании в аффект больного, но о невозможности вступить в контакт с его личностью в целом. Очевидно, что это происходит из-за чего-то болезненного. Шизофреник оказывается вне общества людей. Это не расстройство в эмоциональной жизни, расстройство затрагивает нечто, что определяет отношения между людьми. Контакт людей друг с другом совершается не как намеренное действие, а инстинктивно. Ослабление этого инстинкта, который автор называет инстинктом сближения, является, возможно, фундаментальным симптомом шизофрении. Чаще Praesoxgefühl возбуждалось еще до того, как успевали перекинуться с пациентом несколькими словами. Выражение лица, поза, моторика, пантомимика незамедлительно раскрывают состояние... В шизофренической речи мы слышим то же самое, что видим в образе движения, — выражение человека, находящегося вне общества...

Какие ошибки может совершить клиницист, если он ставит диагноз шизофрении на основании Praesoxgefühl? Если он имеет в своем распоряжении превосходную и богато нюансированную способность вчувствования, то часто удастся создать взаимный контакт, когда возможность контакта еще считается нормальной, в то время как на самом деле она уже упала ниже нормы. Равным образом в собственных реакциях можно недостаточно различать, что происходит из собственной воли к сближению и что из действительно существующего поведения. В таком случае псевдоконтакт принимают за настоящий. Если сам обладаешь вялой или незначительной способно-

стью сближения или не осведомлен о возможностях нормального в этом отношении, то Praesoxgefühl может возникнуть слишком скоро. Большое значение для правильной постановки диагноза шизофрении имеет личное чувство симпатии к больному; если к нему относятся равнодушно, то диагноз не так труден (Рюмке 1941, реферировано Ф. Гелен 1942)”.

Несмотря на то, что эта работа реферирована (1942) на полутора печатных страницах в “Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie”, — мы приводили цитаты из этого реферата, — обстоятельства того времени помешали более далекому эху и научному обсуждению соображений Рюмке. Рюмке, тем не менее, не ослабляет своих усилий. В 1950 году он докладывает свои тезисы о Praesoxgefühl на первом психиатрическом всемирном конгрессе в Париже (публикация на французском и английском языке). Там он вдобавок ссылается на публикацию 1948 года.

Но только в 1958 году — Рюмке к этому времени является видным представителем феноменологической психиатрии — он совпал с духом времени. Praesoxgefühl у всех на устах. Оно обсуждается, подхватывается, оспаривается, модифицируется. Публикации того времени говорят о том, что психиатрический цех с облегчением принимает к сведению, что нужно признать легитимной постановку психиатрических диагнозов согласно чувству или, вернее, на основании определенного чувства, Praesoxgefühl или Praesox-переживания (Praesoxerlebnis).

Рюмке со своим использованием чувства для познания в сороковые годы отнюдь не одинок. Ханс В. Груле, к примеру, в 1943 году публикует в “Nervenarzt” статью о психологической интуиции и очевидности. Правда, он отчетливо отмежевался от Рюмке, не называя его и, быть может, даже не зная его.

“Эти приложения чувства, возможно, ... повинны в том, что интуиция порой называется чувством или что об интуирующем говорят, что он мыслит или находит нечто продиктованное чувством. Это совершенно ложное словесное оформление. Сущность интуиции не имеет с чувством ничего общего”. Позднее он еще раз обращается к этому тезису: “Акт интуиции, однако, сам по себе не имеет ничего общего с чувством, он остается автоматическим познавательным актом понимания” (Груле 1943).

Равным образом Якоб Вирш (1946) размышляет “об интуиции при познании шизофреника”. При этом он среди прочего ссылается также на Рюмке (1941). Точка зрения Рюмке представляется ему слишком простой. Тем не менее, он придает интуитивному схватыванию шизофренических расстройств большое значение. Правда, он рассматривает его как результат опыта сущности шизофрении:

“ибо в противоположность всем остальным душевным расстройствам более легкого рода... болезнь ведет здесь не только к симптомам, но она с самого начала очевидным образом изменяет способ бытия в мире и участия в нем...”.

“Является ли это следствием отдельных психических выпадений или изменений или симптомов, или сказывается ли в ней психопатологически непостижимое основное расстройство персоны, — другой вопрос, нуждающийся в исследовании. Факт, однако, в том, что она часто идет впереди явных симптомов, и что она в таком случае не вскрывается анализом, а может только созерцаться посредством интуиции” (Вирш 1946).

Praesoxgefühl внезапно появляется в начале шестидесятых годов в предметных указателях журналов и монографий по шизофренической тематике. Оно, как будет показано ниже, проникает в словари, руководства и многочисленные учебники. В особенности благодаря последним оно дотащилось до наших дней. Под знаком современной классификации ICD 10 и DSM IV оно, таким образом, как бы превращается в летучего голландца диагностики шизофрении.

В начале шестидесятых годов сразу несколько авторов явно спорят с Рюмке. Прежде всего, Хеммо Мюллер-Суур (1961), затем в 1962 и 1963 годах Герд Ирле с анализом результатов опроса западногерманских психиатров: “Praesoxgefühl!” в диагностике шизофрении. За ним в 1963 году следует Теодор Шпёрри с его размышлениями о диагнозе шизофрении и Praesoxgefühl. В заключение Вальтер Теодор Винклер в 1967 году еще раз возобновляет обсуждение, когда он критически занимается шизофренией как социальным процессом. На этих четырех составляющих я хочу подробно остановиться ниже.

Так называемое Praesoxgefühl

Хеммо Мюллер-Суур: “Симптом первого ранга”

Хеммо Мюллер-Суур (1961), феноменолог и руководитель психопатологического исследовательского отдела в геттингенской федеральной земельной больнице, был первый, кто вступил в научный спор с Рюмке. Его рассуждение так же, как и у Рюмке, сначала возникло как доклад и в 1960 году впервые было изложено на съезде северных и северо-западных немецких психиатров и неврологов. Мюллер-Суур указал на центральный аспект тезисов Рюмке, который в более позднем обсуждении едва ли получил большее внимание. Рюмке соотносит свое Praesoxgefühl со своим требованием проводить различие “между истинной шизофренией и тем, что он назвал псевдо-шизофрениями”.

При “истинных шизофрениях” всегда в наличии так называемые первичные симптомы. Но они неточны и возникают при самых различных психических расстройствах. Рюмке видит выход из этой дилеммы в том, что каждый из этих так называемых первичных симптомов он индексирует словами “весьма специфический”. Из-за нынешней недостаточности описания симптомов, однако, по сей день (1958) невозможно дать название этому весьма специфическому — и, вместе с тем, в собственном смысле слова “истинно шизофреническому”. Правда, могло бы показаться, по Рюмке, что замена термина “весьма специфиче-

ский симптом” термином “(истинно) шизофренический симптом” является научным безрассудством; но это не так:

«Поскольку всякий исследователь совершенно точно знает, к чему относится это “шизофреническое”. Однако, он опять не может выразить это словами, вербализировать. Также крайне необходимо, чтобы клиницист всегда отдавал себе отчет в значении того “весьма специфического” или “шизофренического”. Если он поступает иначе, то существует верная, не мнимая опасность, — это случается снова и снова, — что он поставит диагноз “шизофрения” “не-шизофреникам”» (Рюмке 1958).

В этой связи Рюмке, как с полным правом отмечает Мюллер-Суур, вводит свое Praesoxgefühl как дифференциально-диагностическое средство. «Это, — по Мюллер-Сууру, — переживание возникновения весьма специфического, трудно определимого впечатления, которое шизофреническая симптоматика может вызвать у “очень опытного” исследователя и которое передает истинно шизофреническое, недоступное психологическому пониманию».

Это впечатление связано с двумя условиями:

1. Должна быть в наличии шизофреническая симптоматика;

2. Исследователь должен быть “очень опытным”.

Затем Мюллер-Суур пытается проверить это чувство Рюмке в качестве дифференциально-диагностического критерия на трех примерах и хочет таким образом показать погрешности и противоречия в аргументации Рюмке: Praesoxgefühl является диагностическим критерием при однозначном наличии шизофренической симптоматики “вследствие сравнительно высокой точности феноменальных фактов”, в то время как в граничной зоне при небесспорной симптоматике оно, определенно, имеет значение, хотя указанные Рюмке условия здесь, в сущности, реализуются не в полной мере. Это затруднение разрешается использованием различий “впечатления чего-то неопределенного, непонятного и впечатления чего-то определенно непонятного”. Praesoxgefühl постигается таким образом понятийно точно, когда принимают во внимание то, что содержание этого понятия охватывает область, которая расположена между этими двумя различиями.

Другими словами, это означает, что так называемое Praesoxgefühl, в сущности, основывается на впечатлении, которое намекает на нечто шизофреническое, и только в крайнем случае на впечатлении, которое схватывает нечто шизофреническое. Впечатление, однако, которое намекает на нечто шизофреническое, — это впечатление чего-то сравнительно неопределенного и в то же время чего-то сравнительно определенного, а впечатление, которое схватывает нечто шизофреническое, — это, вместе с тем, впечатление чего-то определенного”. Грубо упрощая, исследователь при слишком большой неоднозначности симптомов переживает чувство, что здесь что-то не-

ладно, и испытывает вследствие этого побуждение продолжать розыск (или же поставить диагноз?).

На следующем этапе Мюллер-Суур проводит анализ феноменологического аспекта так называемого Praesoxgefühl. Он еще раз подчеркивает, что Рюмке ставил своей целью не описать новый шизофренический симптом, а развить известный инструментарий диагностики, чтобы таким образом провести различие между истинными шизофрениями и псевдошизофрениями:

“Диагностика истинной шизофрении вместе с тем поднимается, так сказать, на более высокий уровень, который уже предполагает диагностику так называемых шизофрений, и этот уровень тоже с легкостью обозначается. Это уровень феноменальной определенности”.

В то же время он указывает на то, что возникающее чувство при встрече с шизофреником представляет собой “событийный феномен и отнюдь не процессуальное явление”. Уже по этой причине Praesoxgefühl не может “быть предполагаемым Рюмке симптоматическим основанием болезненного единства (истинной) шизофрении”. Тем не менее, ему причитается важное юридическое значение:

“Ибо пробуждаемое шизофреническим симптомом так называемое Praesoxgefühl указывает на возможность, благодаря упомянутому симптому, постичь нечто сущностно своеобразное: а именно, “шизофреническое”, и приводит тем самым к задаче феноменального анализа того, что можно назвать шизофреническим событием. — Рюмке, поэтому, безусловно вправе считать своей заслугой, что вместе с так называемым Praesoxgefühl (даже если без феноменологического осознания методов) осуществляется акт интуитивного усмотрения сущности в смысле феноменологии Гуссерля, которым удается выделить истинно шизофреническое из так называемых шизофрений. Тем самым показан эмпирический подход к одной из основных проблем исследования шизофрении”.

Вместе с тем Praesoxgefühl, с точки зрения Мюллер-Суура, становится инструментом разграничения в неясных ситуациях: “Сообразно большей или меньшей их определенности (Bestimmtheit), этим нюансам так называемого Praesoxgefühl подобает вместе с тем также бо́льшая или меньшая степень возможной детализации (Präzisierung) впечатления. С субъективной стороны исследователя речь здесь, таким образом, идет о ряде нюансов переживания, которые так относятся к пределу переживания при впечатлении чего-то определенного, сопровождающего распознавание сущностно специфического шизофренического, в качестве переживаний, которые сопутствуют ему, более или менее отчетливо намекая на шизофрению, — как переживания впечатления предгештальтного характера относятся к переживанию впечатления определенного заверщенного гештальта”. Как раз в этой, только намекающей на шизофреническое стороне заключается, однако, его симптоматологическая ценность. Нельзя отрицать, что именно при таких ус-

ловиях ему причитается серьезное диагностическое значение, “которое, пожалуй, без преувеличения можно приравнять к значению симптома первого ранга в смысле Курта Шнайдера”. По крайней мере, однако, должны будут согласиться, что при наличном Праесох-переживании (Praesoxerlebnis) в совокупности с симптомами “второго ранга” имеются “очень серьезные данные для диагноза шизофрении”, которые, вместе с тем, превращают эти симптомы второго ранга в симптомы первого ранга.

Шизофреническое впечатление и Praesoxgefühl

Теодор Шпёрри двумя годами позже статьей в “Confinia psychiatrica” продолжает обсуждение диагноза шизофрении и Praesoxgefühl. Его основная установка — критическая:

«Хотя мы не оспариваем то положение вещей, которое называется Praesoxgefühl, нам все-таки кажется, что для самого понятия, при отсутствии специфичности и недостатке вербализуемости, возможна демистификация. Очевидно, “праесох” подразумевает не “преждевременное” чувство наличия шизофрении, а обозначение, отсылающее к старой dementia praesox, понятию, которое по праву уступило место шизофрении. Таким образом, нынешнее его использование представляется устаревшим, пусть даже почтенно устаревшим, и особенно в сочетании с чувством и переживанием неудачным в качестве диагностического критерия».

Шпёрри, кроме того, отмечает избирательность этого чувства. Это также и особенно относится к категории “опытного”, которая, согласно Рюмке, является предпосылкой для восприятия Praesoxgefühl. Он указывает на введенное Конрадом (1959) понятие компетентности (Kenntnis) и полагает, что в этом отношении положение вещей при шизофрении такое же, как и при других психических и соматических заболеваниях. Таким образом, очевидно, что опыт является иным, нежели, к примеру, при маниакально-депрессивном психозе. Шизофрения, безусловно, другая болезнь и производит на наблюдателя другое впечатление, в особенности “именно шизофреническое основное настроение с его глубинной тематикой, благодаря вызывающему смятение переживанию сформированных мимических и голосовых явлений, в наибольшей степени пробуждает в созерцающем и слушающем наблюдателе аффективный резонанс”.

Этими рассуждениями Шпёрри намечает поле своей аргументации. Он ссылается на Клези, который превосходно умел постигать целое шизофренического больного по мимическим проявлениям. При этом отдельные симптомы часто сознательно оставлялись в стороне. Они зачастую годились лишь на то, чтобы обосновать предшествующее общее впечатление. Соответственно, он защищает мнение, что корень так называемого Praesoxgefühl заключается в феноменах выражения, причем он, как и Мюллер-Суур, проводит различие между феноменологией и симптоматикой:

«Проявляющееся в феноменах выражения общее впечатление находится на другом уровне, нежели опирающаяся на отдельные симптомы диагностика. И этот многозначный способ оформления целого феномена, нам кажется, воспринимает дилетант, не распознавая, однако, симптомы на диагностическом уровне. Напротив, опытный видит на заднем плане феноменов выражения отдельные шизофренические симптомы, которые именно благодаря особому способу феноменального оформления получают свою выразительность и становятся “типично” шизофреническими. Другими словами: дилетант видит только феномен и не видит симптом; опытный видит и то, и другое, причем оба способа отношения дополняют друг друга: феномен может располагаться как фигура на фоне симптома, или симптом наблюдается на заднем плане феноменов выражения».

Шпёрри подтверждает это при помощи собственных исследований, посвященных синдрому выражения мимической дезинтеграции и выражению декламации (Sprechstimme) у хронических шизофреников, которые он отчасти провел вместе с Хайманом (1947, 1961). Резюмируя, он предлагает отказаться от наименования “Praesoxgefühl” и на практике всегда говорить только о шизофреническом впечатлении, которое можно подтвердить в деталях посредством описания феноменов выражения.

Praesoxgefühl как специфически-шизофренический противоперенос

Для Вальтера Теодора Винклера (1967) Praesoxgefühl является “типичным специфически-шизофреническим противопереносом, который дает сведения о том, что обычно межличностно разыгрывается между шизофреником и психиатром”. Он подчеркивает, “что шизофреническое в противоположность к каким-либо другим болезненным картинам, по-видимому, своеобразным и характерным образом разыгрывается в межличностном пространстве. Иначе как бы было возможно, что психиатр, как правило, развивает типичный противоперенос на шизофреническое и даже присуждает ему ранг диагностического критерия”.

Винклер подходит к Praesoxgefühl в своем докладе о шизофрении как социальном процессе иначе, чем Мюллер-Суур и Шпёрри. Он старается постичь его социальное измерение и определить его значимость в интеракции или в коммуникации между больным шизофренией и исследователем или терапевтом. Как и двое других, он акцентирует трудность объективизации Praesoxgefühl. Во всяком случае, в первом приближении и в первую очередь оно представляет собой реакцию исследователя на противостоящее ему непонятное, загадочное, странное, зловещее, которое возбуждает его, и которым он старается, по крайней мере, овладеть как чем-то определенно непонятным, а именно, как шизофреническим непонятным.

«Там, где Praesoxgefühl говорит исследователю: “Это — шизофрения”, неопределенное непонятное в

его непонятности ограничивается и релятивируется и приводится к определенному знаменателю. Непонятное, правда, из-за этого отнюдь не лишается непонятности, но все-таки утрачивает загадочность, странность, ужасность. С этой точки зрения обнаруживающийся в Praesoxgefühl противоперенос представляется защитной мерой психиатра».

Винклер сообщает, по поводу своих прежних попыток аналитической психотерапии отдельных шизофреников, что он смог более тщательно исследовать защитный характер Praesoxgefühl в себе самом. Praesoxgefühl — когда оно ощущалось — всякий раз останавливало его усилия понять кажущееся непонятным. Он снова и снова осознавал себя противопоставленным шизофренику как эмоционально и рационально непроходимым дебрям и в то же время чувствовал в себе противодействие продолжению своих усилий.

“Очень отчетливо я регистрирую при этом, как правило, глубокую пропасть между пациентом и мной. Обычно в этой ситуации у меня в голове мелькала мысль о том, чтобы отказаться от психотерапии шизофрении как от бессмысленного предприятия и больше не связываться с шизофреником. Как только я был в состоянии подвергнуть свое собственное противодействие более тщательному рассмотрению и, тем самым, устранить его, контакт с пациентом восстанавливался, и в большинстве случаев я вслед за этим узнавал от пациента нечто особенно важное, что позволяло непонятному предстать понятным...”

Расстройство коммуникации между шизофреником и мной оказалось, таким образом, не односторонней неспособностью к коммуникации со стороны шизофренического пациента, а выражением моего противодействия, то есть, продуктом взаимных, первичных бессознательных интеракций”.

Винклер также сомневается, что Praesoxgefühl является привилегией “очень опытного исследователя”, более того, нет никаких сомнений, что всякий нешизофреник, встречая шизофреника, соприкасается с ним подобным образом, конечно, без того, чтобы он к тому же был бы в состоянии определить возникающее чувство.

“Психиатрический дилетант, конечно, не в состоянии постигнуть эмоционально соответствующее ему непонятное как более или менее типично шизофреническое. Но именно поэтому психиатрический дилетант возбуждается шизофреническим, нежели “очень опытный исследователь” с профессионально-объективирующим рассмотрением; и его противоперенос к тому же гораздо сильнее аффективно окрашен и, прежде всего, вызывает страх.

Очевидно, что вместе с появлением первых симптомов начинающейся шизофрении начинается состоящее из многочисленных бессознательных интеракций, поддерживаемое аффектом и, следовательно, кататимное взаимодействие между пациентом и его окружением, которое оказывает очень значительное

влияние на поведение пациента и оформление его симптоматики”.

Praesoxgefühl

как “надежный диагностический критерий”

Герд Ирле (1962) в начале шестидесятых годов провел опрос более тысячи западногерманских психиатров, которые сосредоточили свое внимание на чувстве — Praesoxgefühl — как диагностическом критерии при шизофренических заболеваниях. Речь идет об общем опросе с долей анкет, возвращенных с ответом, — 53,6 %, с, в общей сложности, 1196 пригодными для использования ответами (51,4 %). Ирле указывает на то, что Praesoxgefühl быстро укоренилось в языковом обиходе, хотя наименование “чувство” (“Gefühl”) сомнительно в понятии, которое должно служить диагностическому прояснению.

Ему кажется примечательным, что в данном случае хотя и стремятся к определенной характеристике шизофренического больного, но для диагностики становится решающим переживание, чувство, сенсация в наблюдателе. Таким образом, наряду с больным с его симптомами на первый план нарочито выдвигается диагноз с его способностями к переживанию. Хотя в дисциплине, которая, согласно Конраду, скорее находится в стадии компетентности (Kennerschaft), нежели науки, изучение личности диагноста могло бы быть в порядке вещей, соответствующие исследования скорее являются редкостью. Ирле в этой связи поднимает вопрос, нет ли, пожалуй, несоответствия между везде и всюду сложившейся практикой диагностики и впечатлением, которое распространяет литература: а именно, что все усилия по поиску точных возможностей ограничения шизофренических болезненных картин разыгрываются в рамках психопатологических терминов и тестово-психологических критериев.

Это исходный пункт его опроса, и результаты поразительны:

85,8 % опрошенных “иногда” переживают по отношению к своим больным убедительное чувство, которое наводит на диагноз шизофрении. Больше половины (53,9 %) считают это чувство надежным; 25 % полагают, что это чувство “несмотря на отдельные ошибки”, в конечном счете, надежнее, чем прочие симптомы.

Половина тех, кому это чувство было знакомо, считала его основание невербализируемым, другая половина называла психомоторику, мимику, ужимки, манеры, гримасничанье, способность к контакту и резонансу, аффективное поведение. Другие упоминают чувство, будто больной живет в каком-то чужом мире, ощущение стеклянной стены между исследователем и пациентом. Он особенно отмечает, что, тем не менее, восемнадцать раз взгляд или выражение глаз называется характерным и рассматривается как основание специфического чувства. Третьи говорят о “межличностном страхе, который передается друго-

му”, о собственном страхе, о неотвязном чувстве ужаса, о чувстве собственной беспомощности.

Если рассмотреть ответы в деталях, то, несмотря на противоположные аргументы многочисленных отвечающих, подтверждается, что *Praesoxgefühl* с увеличением профессионального опыта считается более надежным. Больничные врачи и частнопрактикующие психиатры считают его более надежным, нежели (университетские) клиницисты; психиатрически ориентированные считают его более надежным, нежели неврологически ориентированные. Примечательно также, что объявившие себя психотерапевтами более высокого мнения о нем, нежели психиатры. То же самое имеет силу для членов профессиональной группы, которые считают шизофрению вариантом невроза.

Высокодостоверное различие обнаружилось между врачами, которые ставят диагноз шизофрении рассудочно и объективно, в сравнении с теми, которые сообщали, что они должны были преодолеть внутреннее противодействие, прежде чем они принимали решение о диагнозе, и теми, которые охотно предпочли бы совсем избежать диагноза: “В данном случае советливые и сомневающиеся были более готовы руководствоваться *Praesoxgefühl*, нежели рассудочные. Также примечательно, сколь многие руководствуются *Praesoxgefühl*, когда диагностируют шизофрению одним махом: почти три пятых”. В обсуждении и обобщении своих результатов Ирле поясняет:

“Нас удивило то, что столь высокий процент отвечающих не только знает *Praesoxgefühl*, но и считает его надежным. Из этого нужно сделать вывод, что часто в диагностике шизофрении играют роль мнения, которых с точки зрения учебников нельзя было бы ожидать. Или предполагать, что большое число психиатров живо поддержало предложение Рюмке (1957) и в соответствии с ним направило диагностическую практику, или — что вероятнее — следует считать, что Рюмке выразил нечто, что уже давно во многих местах проявилось по отношению к шизофреникам как характерное, но только не было названо. Невзирая на недостаточную репрезентативность опроса, нам представляется необходимым в завершение особо отметить, что тенденция высоко оценивать *Praesoxgefühl* является значительной”.

“Можно сказать, что *Praesoxgefühl* находится не на одном уровне со многими, из опыта вытекающими предчувствиями, которые у зрелого медицинского диагноста объединяются как “врачебный взгляд”. Явное доверие столь многих исследователей к продиктованному чувством переживанию, возможно, с одной стороны, обусловлено тем, что однозначное психопатологическое тестирование и патофизиологические данные для точного отграничения шизофрении еще отсутствуют. С другой стороны, результаты опроса в большей мере, чем прежде обсуждалось в литературе, подводят к выводу, что это чувство вспыхивает по отношению к шизофренику ввиду особенностей, вербально почти не уловимых структурных

элементов, которые имеют нечто общее с феноменом выражения. Поэтому, по-видимому, не исключено, что когда-нибудь все же еще удастся диагностически более четко обрисовать сущность способствующих возникновению этого чувства симптомов”.

История восприятия понятия

Как дает понять Ирле, со времени создания Рюмке понятия *Praesoxgefühl* почти три десятилетия прошли до той поры, когда в конце пятидесятых годов он вместе с ним совпал с духом времени. Иначе вряд ли можно объяснить стремительное распространение и признание. В конце пятидесятых — начале шестидесятых годов это понятие в немецкоязычном кругу специалистов у всех на устах. В англосаксонском пространстве оно, как представляется, напротив, почти не вызвало резонанса. Рюмке со своей работой о *Praesoxgefühl* становится в шестидесятые годы одним из самых цитируемых психиатрических авторов.

Понятие в случайных замечаниях и намеках находит вход в журнальные статьи, энциклопедии, руководства и учебники. Особенно в журналах, по-видимому, речь, тем не менее, идет скорее о мимолетном успехе. В индексах “*Zentralblatt*”, “*Fortschritt*”, “*Archiv*”, “*Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie*”, “*Nervenarzt*” и “*Schweizer Archiv*” оно в шестидесятые годы, даже если с различной частотой, возникает снова и снова. В семидесятые и восьмидесятые годы таких ссылок недостает. Чаще всего ссылки на *Praesoxgefühl* поверхностны — приблизительно в смысле “есть еще и такое”. Существенная полемика более редка — и подтверждающая, и критическая. Одним из немногих исключений предстает Юрг Цутт (1967), который отвергает это понятие и предостерегает от его использования, поскольку оно содействует иррациональному.

Далее мы хотим выяснить восприятие этого понятия на примере руководств и энциклопедий, а также учебников.

Энциклопедии и словари

В клиническом словаре Пширембеля (257. Издание 1994) предметная рубрика “*Praesox-Erlebnis*” или “*Praesox-Gefühl*” не встречается. В словаре психиатрии и медицинской психологии Петерса (4 изд. 1984 и 5 изд. 1999) ему посвящена собственная предметная рубрика:

“*Praesox-Gefühl*” (X. K. Рюмке, 1958).

“Восприятие шизофренического психоза, в первую очередь, — если постановка вопроса: шизофрения — не шизофрения, — не из отдельных симптомов, а из чувства и из своеобразной формы межличностной коммуникации, которая может устанавливаться в общении с шизофрениками. Это чувство, согласно Рюмке, не вербализуемо и появляется только у опытного. Речь здесь, поэтому, идет не об особенном чувстве, а о неосознаваемых или нереализуемых воспоминаниях. *Praesox-Gefühl*, поэтому, по-

добавляет большое симптоматологическое значение, которое соответствует симптому 1-го ранга”.

В словаре-справочнике психиатрии Баттегей и др. (1984) Пауль Матуссек пишет под предметной рубрикой “Шизофрения”:

«Шизофреник кажется странно недостижимым, не обнаруживает аффективных побуждений или инициатив и непредсказуем в своих реакциях. Недостаток аффективной коммуникации обозначался как “шизофреническая атмосфера” или как “качество привлекательности” (“Anmutsqualitdt”) шизофреника. Рюмке назвал чувство, которое шизофреник вызывает в контакте у исследователя, “Praesox-Erlebnis” и усматривал в наличии или отсутствии этого переживания “компас” для опытного диагноста».

Во втором издании (1986) лексикона психиатрии Христиана Мюллера под предметной рубрикой “Шизофрения”, отредактированной Бенедетти, отсутствует указание на Рюмке.

Равным образом в психологическом словаре Дорша (1963, 1976) нет никаких указаний, так же, как и в American Psychiatric Glossary (1994) или в современных классификационных системах DSM III и IV или ICD 10.

Учебники

В классическом учебнике психиатрии Вайтбрехта (3-е издание 1973) обнаруживаются две ссылки на Praesox-Gefühl:

“Изменение контакта и изменение отношения некоторых шизофренических больных относительно здорового и его реакция на “оконное стекло”, которое может вдвинуться между шизофрениками и нешизофрениками, стали для некоторых авторов прямо-таки стержнем основывающегося на компетентности (Kennerschaft) — а не на поддающейся проверке науке — диагностического восприятия из “отношения”, сущностью “Praesox-Gefühl” (Рюмке, веяние которого можно почувствовать во встрече с шизофрениками, независимо от наличия или отсутствия психопатологически релевантных симптомов)(с. 42).

Ниже он упоминает его в связи с диагностическими проблемами:

“Некоторые авторы спасаются бегством от этих трудностей, провозглашая: “Все равно, как выглядят симптомы, нам следует по ту сторону науки полагаться на нашу компетентность (Kennerschaft), на восприятие из отношения и Praesox-Gefühl, когда нам нужно решить: есть шизофрения или нет?” (с. 414) (Вайтбрехт “Психиатрия в основах”) Вайтбрехт, кроме того, в своей книге об ошибочных психиатрических диагнозах тоже принимает во внимание Praesox-Gefühl.

В изданном Фаустом (1995) учебнике “Психиатрия” Христиан Мундт в главе “Шизофрения” указывает, ссылаясь на Рюмке, на Praesox-Gefühl, прибавляя: “Он придавал ему диагностическое значение”.

В классическом “Компендиуме психиатрии” Шпёрри (1961 – 1970) Praesox-Gefühl не упоминает-

ся. В осуществленном Фельдманом продолжении книги оно встречается вновь:

“Психотический больной нередко вызывает у исследователя определенное впечатление. Так шизофреник часто пробуждает непосредственное чувство странного, недоступного вчувствованию, как если бы он был отделен стеклянной стеной: Praesox-Gefühl”.

У Шульте-Тёлле (1971) о нем говорится в первом издании:

“Когда Рюмке говорил здесь о Praesox-Gefühl, то он подразумевал на стороне исследователя впечатление непосредственной очевидности, которая, однако, не может сразу же выразиться в четко определенном диагнозе, пока неизвестен анамнез и не проведено тщательное исследование. Это Praesox-Gefühl спорно. Многие психиатры видят в нем важнейшее средство диагностики шизофрении, другие категорически отвергают этот вид диагностики. И те, и другие заходят слишком далеко. Нужен, скорее, более детальный анализ этого диагностического подхода, чтобы оценить его значение”.

В десятом (1994) издании сказано:

“Это впечатление на стороне исследователя (названное Рюмке Praesox-Gefühl) спорно в его диагностическом значении. Оно наводит на диагноз шизофрении...”

Герд Хубер (1974, 1994) тоже упорно придерживается этого понятия. Примечательно, что в первом издании оно не встречается ни в предметном указателе, ни как литературная ссылка на Рюмке, в то время как в пятом издании (1994) оно находит применение. Текст частью очень схож с текстом Вайтбрехта. Затем Хубер добавляет:

“Рюмке самому пришлось констатировать, что, совершенно для него неожиданно, Praesox-Gefühl отсутствует у старых шизофреников. Диагноз шизофрении обычно не может быть основан на появляющемся или отсутствующем Praesox-Gefühl. Правда, верно то, что Praesox-Gefühl вытекает из несоответствия между отношением к реальности исследователя и пациентом. Однако, оно ничего не дает прогностически и терапевтически и относительно избегания социального ущерба от этикетирования...”

Руководства

Карьера этого понятия лучше всего прослеживается через “Современную психиатрию” (“Die Psychiatrie der Gegenwart”). В первом издании начала шестидесятых оно не встречается в предметном указателе. Если, однако, исследовать именную указатель, то в статьях Клауса Конрада и Макса Мюллера во втором томе его можно обнаружить, по меньшей мере, трижды. Во втором издании оно проникает в предметный указатель в томе “Клиническая психиатрия I”, а также как метафора в статье Цербин-Рюдин, — в томе, посвященном теоретическим основам, — которая приписывает Эссен-Мёллеру “шизофрению-вопреки-чувству” (“Schizophrenie-Gegen-Gefühl”), равно как и Рюмке его знаменитое “Schizophreniegefühl” (1980). В

третьем издании мы находим в томе “Шизофрени” только еще косвенное указание в статье Мундта (1987).

В англосаксонских руководствах искать это понятие без толку.

Лишь в немецком издании руководства Фридмана, Каплана и Сэдока, под редакцией Петерса, мы обнаруживаем в 1-ом томе “Шизофрениа” (1984) маленький подраздел с заголовком “Praesox-Gefühl”:

“Рюмке (1959) считал, что Praesox-Gefühl является единственным надежным диагностическим критерием. Это чувство состоит в интуитивном чувстве опытного клинициста, которое указывает ему, возможно ли вступить в эмпатическое отношение с пациентом. Рюмке, соответственно, полагал, что диагноз шизофрениа должен выставляться только тем пациентам, с которыми, вследствие их эмоциональной дистанции, невозможно вступить в эмпатический контакт. Все другие, аналогичные по остальной симптоматологии случаи должны называться шизофреноформными. Выяснилось, что этот подход Рюмке пользуется весьма большой популярностью. При опросе около 1000 психиатров было обнаружено, что 54% считали Praesox-Gefühl надежным критерием постановки диагноза шизофрениа”.

Итоги и перспективы

Эра Praesoxgefühl как диагностического критерия продолжалась очень недолго. В шестидесятые годы она достигла своего апогея, а уже во второй половине семидесятых пошла на убыль. После этого Praesoxgefühl почти уже не существовало в литературе — разве только как исторический комментарий к преодолённому, к счастью, заблуждению психиатрического мышления. Началась эпоха измерения, шкалирования и классифицирования. Нам, однако, не следовало бы закрывать глаза на то, что Praesoxgefühl в клинике и практике, в стороне от высокой науки, еще до девяностых годов сохраняло свою славу в качестве надежного диагностического критерия шизофренических психозов. Ретроспективно можно утверждать, что “Praesox-Gefühl” не было ни чувством, ни — как писал Рюмке — переживанием. Оно, скорее, было пестрой мешаниной осознанных и неосознанных восприятий психопатологических странностей и того “здорового”, которое — как пишет Блейлер — сохраняется “в шизофренике”. И оно было противоперееносом с соответствующими чувствами, которые, с высокой вероятностью, имели свои корни в той “отсутствующей аффективной связи”, в которой наши психиатрические предшественники видели ядерный симптом шизофрениа — небезосновательно, поскольку она все-таки является составной частью основного симптома Ойгена Блейлера — расстройства чувства.

Проблематичность Praesox-Gefühl как диагностического критерия состояла не в его существовании, не в его Dasein'e, а в нерелефлексированности, с которой оно

повсюду использовалось, с которой оно лишилось рациональной проверяемости.

У опытного психиатра-мужчины, опытного психиатра-женщины даже сегодня в соответствии с основательным биографическим анамнезом, столь же основательным обследованием здесь и сейчас и из наблюдения за поведением больного с неясным диагнозом возникает впечатление, если угодно — чувство, которое избегает новичков. Но оно отнюдь не является включением иррациональных элементов в диагностический поиск. Оно, говоря по-новонемецки, представляет собой clinical judgement, чьи отдельные элементы можно ретроспективно раскрыть в восприятиях, интерпретациях наблюдаемого поведения, а также в реакциях противоперееноса: результат коммуникации — также на эмоциональном уровне.

Borderline-Gefühl ante portas

Со всем тем мы, в сущности, подошли к концу нашего критического рассмотрения Praesox-Gefühl; однако, мы все же еще не закончили. Вначале я намекнул, что относительно этого чувства речь, возможно, могла бы идти о привидении, о летучем голландце; и многое свидетельствует о том, что в связи с дискуссией о пограничном расстройстве личности (Borderline-Störung) это на самом деле соответствует действительности. В частности, этим вопросом критически занимается Юдит Зендер-Вальтерт с сотрудниками в интересной статье, которая в 1999 году вышла в “Die Psychotherapeutin”.

В этой статье речь идет не только о проблеме диагностического ограничения расстройства. В ней, скорее, детально рассматриваются атрибуции, которые в последние два десятилетия получали Borderline-пациентки и -пациенты и которые достигают кульминации в слове “тяжелый”. Borderline-пациенты — “тяжелые” пациенты. Они показывают “тяжелое” поведение. У терапевтов они пользовались “дурной репутацией” из-за, опять-таки, “тяжелого”, нестабильного поведения по отношению к терапевту-мужчине или терапевту-женщине (Фридман 1979) и соответствующих негативных реакций противоперееноса. Роде-Дахзер (1989) предостерегает от “обесценивающего использования” диагноза, как она пишет, — тщетно.

Нередко они предстают внушающими страх пациентами (Шварц-Салант 1991), и, в то время как Borderline вызывает у терапевтов-мужчин и терапевтов-женщин определенные чувства (такие, как страх, как замешательство), мы уже не далеки от “Borderline-Gefühl” как диагностического критерия. В действительности это понятие со ссылкой на Рюмке в литературе, посвященной Borderline, снова входит в моду:

«“Borderline-Gefühl” подразумевает аналогичным образом, что в общении с определенными пациентами возникает безошибочное чувство, что среди этих людей речь могла бы идти только об одной Borderline-пациентке. Гротштейн, Соломон и Ланг (1987) считают, что у терапевта уже во время первой встречи с Borderline-пациентом “возникает” своеобраз-

разное чувство, — по всей вероятности, аналогично Praecox-Gefühl, — которое, в конечном счете, будет иметь решающее значение для диагноза» (Зендер и др. 1999).

В этой цитате содержится также интерпретация автора. Однако, в другой статье (Кремер и Пфлуг 1994) это выглядит уже по-другому. Там речь идет о диагностических критериях, среди которых “определенное клиническое общее впечатление, которое связано с эмоциональным резонансом врача на пациента”. Дульц, один из ведущих Borderline-экспертов в немецкоязычном пространстве, выразится еще более определенно. Он пишет сначала о “резком противопереносе”, а затем продолжает:

“Это сопоставимо с тем “Praecox-Gefühl”, которое возникает у опытного психиатра при обследовании шизофреника...” (Дульц 1997).

Оценка психического состояния Borderline-пациента, таким образом, часто представляет собой в самом буквальном смысле этого слова “дело чувства”, причем здесь имеется в виду чувство терапевта, то есть, реакция противопереноса. Иной раз терапевт напрасно ищет так называемые объективные признаки.

Я хочу ограничиться этим. Нет, да будет мне позволено еще одна фраза. У меня есть чувство, что мы в психиатрии еще услышим о Praecox-, Borderline- и последующих диагностических чувствах.

Перевод П. Ю. Завитаева

ЛИТЕРАТУРА

1. Barison F. Nuove considerazioni sul “Praecoxgefühl”. Osp. Psychiat. Provinc., Padova. 1, S. 1 – 8, 1963.
2. Battegay R., Glotzel J., Rauchfleisch U. (Hg.). Handwörterbuch der Psychiatrie. 2. Auflage Stuttgart Enke Verlag, 1992.
3. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. 13. Auflage 1975.
4. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Georg Thieme Verlag Stuttgart. 1. Auflage 1959.
5. Dorsch F. Psychologisches Wörterbuch. Bern Huber Verlag 1963, 1976.
6. Dulz B. Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 1997.
7. Faust V. Psychiatrie. 1995 Gustav Fischer Verlag Stuttgart 1995.
8. Feldmann H. Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel München New York, 1984.
9. Friedmann H. J. Exaggerated Transference Conflicts as a Criterion for the Diagnosis of Borderline Personality. The Hillside Journal of Clinical Psychiatry. 1/2, S. 123 – 142, 1979.
10. Gruhle H. W. Psychologische Institution und Evidenz. Der Nervenarzt 16: S. 19 – 281 – 290, 1943.
11. Heimann H., Spoerri Th. Das Ausdruckssyndrom der mimischen Desintegration bei chronischen Schizophrenien. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 87: S. 1126 – 1128, 1957.
12. Huber G. Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. F. K. Schattauer Verlag Stuttgart New York. 1. Auflage 1974. 5. Auflage 1994.
13. Irle G. Das “Praecoxgefühl” in der Diagnostik der Schizophrenie. Archiv für die Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie 203, S. 385 – 406, 1962.
14. Irle G. Meinungen westdeutscher Nervenärzte zur Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkrankheiten 204, S. 142 – 151, 1963.
15. Krämer S., Pflug B. Die Diagnostik des Borderline-Syndroms im klinischen Alltag. Psychiatrische Praxis 21, S. 226 – 229, 1994.
16. Matussek P. Schizophrenie in Battegay u.a. 1992.
17. Müller Ch. Lexikon der Psychiatrie. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo. 1986.
18. Müller-Suur H. Das sogenannte Praecoxgefühl. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 29. S. 146 – 152, 1961.
19. Müller-Suur H. Die schizophrenen Symptome und der Eindruck des Schizophrenen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 26. S. 140 – 150, 1958.
20. Mundt Ch. Schizophrenie. Zentralblatt Band 110, S. 93 – 110 in Faust 1995.
21. Mundt Ch., Lang H. Die Psychopathologie der Schizophrenien. S. 39 – 70. Psychiatrie der Gegenwart 3. Auflage, 1987.
22. Peters Lexikon. Psychiatrie und Psychotherapie. Medizinische Psychologie. 4. Auflage 1984. 5. Auflage 1999. Urban & Fischer München Jena.
23. Priori R. Sur la signification diagnostique du “Praecox Gefühl”. Evolut. Psychiat. 30, 137 – 145, 1965.
24. Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter. 257. Auflage. 1994.
25. Psychiatrie der Gegenwart, 1. Auflage. Klinische Psychiatrie I 1960 und II. 1962. Springer Verlag Heidelberg Berlin New York.
26. Psychiatrie der Gegenwart, 2. Auflage. Klinische Psychiatrie I und II 1980. Springer Verlag Heidelberg Berlin New York.
27. Psychiatrie der Gegenwart, 3. Auflage. Band 4 Schizophrenien. 1987 Springer Verlag Heidelberg Berlin New York.
28. Rohde-Dachser C. Das Borderline-Syndrom. 4. ergänzte Auflage Bern Göttingen Toronto. Huber. 1991.
29. Rümke H. C. Das Kernsymptom der Schizophrenie und das “Praecoxgefühl”. Nederl. Tijdschr. Geneesk. S. 4516 – 4521, 1941.
30. Rümke H. C. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Der Nervenarzt 29: S. 49 – 53, 1958.
31. Rümke H. C. Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Springer-Verlag-Berlin Heidelberg New York, 1967.
32. Rümke H. C. Kernsymptom der Schizophrenie und “Praecoxgefühl”. Zentralblatt über die gesamte Neurologie und Psychiatrie. S. 168 – 169. Referiert von F. Geelen, 1942.
33. Rümke H. C. Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. Actualités Scientifiques et industrielles 1096. Congrès International de Psychiatrie Paris 1950. Psychopathologie des Délires. S. 125 – 173, 1950.
34. Rümke H. C. The Clinical Differentiation within the Group of the Schizophrenie. Congress Report in 4 Volumes. S. 302 – 311, 1959 Schulte W., Tölle R. Psychiatrie. 1. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York. 1971.
35. Schwartz-Salant N. Die Borderline-Persönlichkeit. Vom Leben im Zwischenbereich. Olten: Walter-Verlag, 1991.
36. Spoerri Th. Kompendium der Psychiatrie. 1. – 6. Auflage 1961 – 1970. S. Karger Basel München New York.
37. Spoerri Th. Schizophreniediagnose und “Praecoxgefühl”. Confinia Psychiatrica 6: S. 53 – 63, 1963.
38. Tölle R. Psychiatrie. 10. Auflage 1994. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York.
39. Tölle R. Psychiatrie. 8. Auflage 1988. pringer Verlag Berlin Heidelberg New York.
40. Winkler W. Th. Die Schizophrenie als sozialer Prozess. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 35: S. 54 – 72, 1967.
41. Wyrsh J. Über die Institution bei der Erkennung des Schizophrenen. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 76: S. 1173 – 1176, 1946.
42. Zehnder-Walthert J., Finzen A., Hoffmann-Richter U. Die Borderline-Störung — Syndrom oder Diganose? Eine Bestandesaufnahme. die Psychotherapeutin 10. Edition das Narrenschiff, S. 47 – 71, 1999.
43. Zutt J. Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung. Schicksale sogenannter Freiheitsentziehung. Schicksale sogenannter Geisteskranker. Mit einem Nachtrag “Freiheitsverlust und Freiheitsgewinn”. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York. V. 117, 1970.

Неблагоприятное течение биполярного психоза

Разбор ведет проф. А. С. Аведисова,
врач-докладчик А. А. Гончаренко (26.05.2016)

Врач-докладчик: Уважаемые коллеги! Вашему вниманию представляется больная Полина К., 1984 года рождения, проживающая в г. Москве. Инвалид второй группы.

Анамнез (со слов пациентки и данных медицинской карты амбулаторного больного). Наследственность отягощена психическими заболеваниями по линии матери, брат-близнец которой страдает аффективной патологией, перенес несколько аффективно-бредовых приступов. Мать — актриса драматического театра.

По характеру раньше была очень общительная, последние годы стала замкнутой, “не от мира сего”, резко сузился круг общения, избегает компаний, предпочитает проводить время дома, изучая религиозную и эзотерическую литературу, перечитывая стихи.

Всегда отличалась мнительностью, некоторой тревожностью, склонностью к бурным эмоциональным реакциям по незначительным поводам.

Мать разошлась с отцом пациентки еще до рождения, поскольку тот употреблял алкоголь. Родным отцом больная считает первого отчима, который появился, когда она была младенцем. Больная всегда была более близка к отчиму, ориентировалась на его мнение и всегда брала с него пример. Пациентка родилась от второй беременности, протекавшей с угрозой выкидыша. Воспитывалась отчимом.

Родилась недоношенной, с детства нерезко выраженное косоглазие. В младенческом возрасте позднее закрытие большого родника, диагностирован гипертонзионный синдром. Развивалась по возрасту. Несмотря на то, что родилась недоношенной, быстро набирала в весе и не отставала в психическом и физическом развитии, даже напротив, развивалась быстрее сверстников. Ходить и говорить начала в один год. В три года уже читала и писала, сочиняла стихи. Практически ничем не болела, перенесла коклюш. Дошкольные детские учреждения не посещала, воспитывалась бабушкой. Росла подвижной, активной, общительной, душой компании, всегда стремилась занимать лидирующие позиции среди сверстников, любила быть в центре внимания, испытывала потребность в признании извне. Отмечались явления патологического фантазирования. До 11 лет постоян-

но рассказывала о себе новым друзьям небылицы о своей жизни, хвастала несуществующими богатствами, которыми владела семья.

До 11 лет жила с матерью и отчимом. Дома жили достаточно дружно, но слишком шумно. Родители матери громко ругались между собой, мать всегда была эмоционально неустойчивой, в связи с чем отчим не выдержал атмосферы дома и ушел.

С 11 до 17 лет проживала с бабушкой, дедушкой, матерью и новым мужем матери, с которым сразу установились хорошие и дружеские отношения. До сих пор поддерживает с ним отношения.

В подростковом возрасте часто бунтовала, устраивала демонстративные выходы дома и в школе с целью отстаивания своих интересов и привлечения к себе внимания. При этом злобной и агрессивной никогда не была. Часто казалось, что ее никто не понимает, все родные, кроме отца и отчима занимаются чушью. Поругавшись с матерью, уходила ночевать к отчиму на работу.

В школу пошла с 7 лет, успевала хорошо. Менструации с 12 лет. В период становления месячных — предменструальный синдром с головными болями, носовыми кровотечениями.

В школе отдавала предпочтение гуманитарным предметам. Отношения в коллективе строила без труда, заводила множество друзей, преимущественно из старших классов. Писала стихи.

Закончила международный университет по профессии лингвист-переводчик, испанский и английский языки.

Впервые аффективные расстройства появились в возрасте 20 лет, в 2004 году, после расставания с сожителем, который был намного старше пациентки и имел семью. Снизилось настроение, часто плакала, была вялой, безучастной, много ела, поправилась на 10 килограмм, не было желания общаться с друзьями. Такое состояние удерживалось в течение двух месяцев и спонтанно разрешилось к осени 2004 года. Стала вновь активной, достаточно быстро сбросила лишний вес.

Аналогичные субдепрессивные состояния повторялись в 2005 – 2006 годах. Периоды спадов настроения перемежались периодами повышенной активно-

сти, когда начинала прибегать к употреблению алкоголя, много времени проводила в компаниях, не приходя ночевать домой. Заявляла, что мечтает всю жизнь посвятить бизнесу, стать дипломатом или политиком. В состоянии субдепрессии говорила, что хочет бросить институт, так как стало сложно, хуже переносила нагрузки.

Более очерченное маниакальное состояние развилось осенью 2006 года, когда после окончания вуза стала крайне активной, быстрой, энергичной, строила большое количество планов, высказывала массу идей, решила заниматься винным бизнесом. Заключила сделки по импорту алкогольных напитков. Обращалась в компании людей из бизнеса. Прибегала к чрезмерному употреблению алкоголя. В таком состоянии провела всю осень. Мало спала, мало ела, много работала, параллельно занималась спортом, посещала ночные клубы, употребляла каннабиноиды, эпизодически кокаин.

Инсомнические нарушения усугубились с ноября 2006 года, почти совсем не спала, при этом чувствовала себя необычно бодрой. Одновременно встречалась с несколькими молодыми людьми, стала раздражительной, резкой, несдержанной, нецензурно ругалась на родных. Речь была громкой и ускоренной. На этом фоне появились явления иллюзорного галлюциноза и гиперметаморфоза, стало казаться, что программы телевидения транслируются специально для нее. Казалось, что телефон в квартире прослушивается. Антенну принимала за скрытую видеокамеру. Переживала ощущение нереальности происходящего вокруг. Такое состояние продолжалось в течение месяца, в декабре 2006 года была стационарирована в психиатрическую больницу № 3. Состояние при поступлении определялось маниакальным возбуждением, отрывочными маниакально окрашенными бредовыми идеями.

С 6 декабря 2006 года по 14 марта 2007 года находилась в психиатрической больнице, диагноз — шизофрения приступообразная, шизоаффективный вариант. Получала терапию клопиксолом, контемнолом, rispолептом и финлепсином. Психотическая симптоматика редуцировалась в короткие сроки, маниакальная чуть позже с инверсией в депрессивную фазу.

После выписки в марте 2007 года стала вялой, заторможенной, безразличной к окружающим, отмечались явления психической анестезии, дереализации, гиперсомнии. Испытывала болезненную утрату чувств к близким. На этом фоне возникли мысли о своей несостоятельности, бессмысленности существования, много думала о самоубийстве, придумывала конкретные пути реализации задуманного, но не реализовала. В июле повторно госпитализирована в психиатрическую больницу № 3, с 3 июля 2007 по 28 августа 2007 год, с тем же диагнозом. Проводилась терапия паксиллом, амитриптилином, мелипрамином, анафра-

нилом, зипрексой. В период лечения в стационаре отмечалась инверсия аффекта. В компании пациентов употребила алкоголь, отмечалось развитие психомоторного возбуждения, из-за чего была переведена в острое отделение. Выписана с рекомендацией пролонгированной формы клопиксола и галоперидола. Диагноз при выписке прежний.

После выписки продолжало прогрессировать маниакальное состояние. Употребляла спиртное, ночами гуляла в компаниях олигархов и моделей, ездила по клубам, практически все время развлекалась. Голова при этом работала как компьютер. Отмечалось идеаторное и моторное ускорение. Ночами почти не спала, громко пела и танцевала под караоке. Третий раз стационарирована в психиатрическую больницу в 2007 году. Статус при поступлении определялся как психопатоподобная мания с идеями отношений в адрес матери. Получала терапию клопиксолом депо, галоперидолом, через месяц для дальнейшего лечения переведена в психиатрическую больницу № 1. Диагноз после выписки остается прежним.

В психиатрической больнице № 1 статус определяется редуцированными маниакальными и психопатоподобными расстройствами. Отмечался экстрапиримидный синдром в виде скованности и тремора. На фоне лечения настроение ровное, выписана с рекомендациями: rispолепт конста, rispолепт, карбамазепин, циклодол. Диагноз тот же.

Состояние интермиссии отмечалось в течение двух месяцев, в период которых пробовала работать по специальности. Но начиная с января 2008 года, появилась аналогичная предыдущим фазам депрессивная симптоматика. В феврале 2008 года госпитализирована в психиатрическую больницу № 3. Диагноз — шизофрения приступообразная, шизоаффективный вариант. Выставляется сопутствующий диагноз — синдром вегетативной дисфункции.

Заключение психолога. Сохраняется изменение по процессуальному типу, более выраженное в эмоционально-личностной сфере, чем в познавательной. Мотивационно-волевое снижение, эмоциональная обедненность, аутизация, что сочетается с чертами личностной незрелости, не критичности. Неадекватность отдельных ассоциаций, неравномерность уровня обобщений, резонерство.

5 мая 2008 года совершает первую суицидальную попытку, приняв смесь лекарственных препаратов. Стационарировалась в НИИ имени Склифосовского. После выписки депрессивная симптоматика удерживалась. Уволилась с работы, ощущала себя ничемной, ничтожной, испытывала болезненную отчужденность чувств и эмоций, была как бревно: ни слез, ни радости. Бессистемно принимала антидепрессанты, без эффекта.

В начале октября 2008 года предприняла повторную суицидальную попытку, приняв большое количество донормила. Вновь госпитализировалась в

НИИ имени Склифосовского, затем — в психиатрическую больницу № 4 имени Ганнушкина, где находилась с 27.10.2008 по 27 января 2009 года. Консультирована ведущим научным сотрудником Костюковой Е. Г. Диагноз: биполярное аффективное расстройство, текущий затяжной депрессивный эпизод. К терапии добавлен литий. Впервые сделана электроэнцефалограмма. Диффузные изменения электрической активности головного мозга, вероятно, обусловленных заинтересованностью глубинных десинхронизирующих образований. Невролог очаговой симптоматики не выявляет.

В отделении произошла инверсия аффекта, возникло маниакальное состояние. Конфликтовала с пациентами, спровоцировала драку, поливала себя и окружающих водой, нажала кнопку пожарной безопасности, пыталась вызвать милицию в отделение, ела чужие передачи, поверхностно спала. Постепенно на фоне лечения состояние улучшилось, но критика к маниакальному состоянию оставалась недостаточной. Больше опасалась возврата к депрессии. Выписана из отделения в связи с отказом от лечения.

Через два дня, 29 января, вновь поступает в 13-ое отделение в маниакальном состоянии в недобровольном порядке. Решением Преображенского суда стационарирование в недобровольном порядке было санкционировано. Выписана 17 марта 2009 года с диагнозом биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов. С рекомендациями депакин хроно 300 миллиграмм, zipрекса 5 миллиграмм.

После выписки медикаменты не принимала. Состояние было стабильно. Жила с мужчиной, работала в семейном бизнесе. Со слов матери, была полностью адекватной. Состояние изменилось в конце января, начале февраля 2010 года. Снизилось настроение, появилась апатия, гиперсомния, повысился аппетит, много лежала, возникло ощущение в голове, появились мысли о своей никчемности, плаксивости. Осознавала, что вновь заболела депрессией. Лечилась стационарно в психиатрической больнице № 4 имени Ганнушкина, с 19 марта 2010 года по 26 апреля 2010 года, с диагнозом биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод средней степени тяжести. Лечение: симбалта, сероквель 50 миллиграмм, ламиктал 150 миллиграмм.

Через две недели в состоянии мании, 11.05.10 года стационарирована в порядке недобровольной госпитализации. Настроение вновь изменилось, дурашлива, раздражительна, уходила из дома, перестала разговаривать, в ответ на вопросы только хихикала.

Заключение психолога: на первый план выступает эмоциональная выхолощенность, аутизация, мотивационно-волевое снижение, некритичность в сочетании с чертами эмоционально-личностного регресса, высоким уровнем тревоги и внутреннего напряжения, параноидальным стилем переживания и поведения.

В отделении с первых дней спокойна, в одиночестве, к общению с окружающими не стремится. Сидит около палаты, опустив голову, на обращение не сразу отвечает, извиняется, говорит, что задумалась. Иногда чему-то улыбается, в беседе объясняет это своими мыслями: “Ну, замуж выйти”. После отмены галоперидола получала депакин, азалептин на ночь. К терапии добавлен вальдоксан, и в дальнейшем вновь на лице постоянная улыбка. Расхаживала в одиночестве по отделению. Изменена терапия на сероквель, депакин, на фоне которых упорядочилось поведение. Настроение с тенденцией к стабилизации, но оставалось одинокой.

Повторная консультация доктора медицинских наук С. Ю. Циркина: стационарирована в состоянии гипомании, с гневливостью, элементами смешанного аффекта, критики к перенесенному состоянию нет, в анамнезе обострения имели биполярный характер, часть из них включала психотическую симптоматику. Диагноз: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера.

Выписана 19 июня 2010 года для дальнейшего лечения в ФБ № 4 по согласованию с администрацией.

Однако лечение в стационаре не продолжено. Принимала депакин хроно 900 миллиграмм в сутки. В течение лета сохранялась гипоманиакальная симптоматика. С осени — эутимия. В октябре 2010 года забеременела и прекратила прием препаратов. Беременность замерла, пришлось делать аборт. После этого снизилось настроение, появилась апатия, гиперсомния, гиперфогия. Возобновила прием депакина и ципрамира, 20 миллиграмм в сутки. Отмечалось углубление депрессивной симптоматики. Обратилась в психоневрологический диспансер с просьбой о госпитализации. Лечилась стационарно в психиатрической больнице № 4 с 14 января 2011 года по 21 апреля 2011 года с диагнозом биполярное аффективное расстройство, текущий умеренно-депрессивный эпизод без соматических симптомов. Осмотрена интернистами, патологий не выявлено. Миопия слабой степени. Лечение: симбалта в течение 4 недель, иксел до 250 миллиграмм в сутки, добавлен гептрал внутривенно. Через два месяца переведена на анафранил, в том числе, и внутривенно-капельно, с увеличением дозы до 275 миллиграммов в сутки. Осуществлена попытка одновременной отмены анафранила с дозы 275 миллиграммов в сутки с последующим форсированным диурезом на фоне введения 800 миллилитров физраствора и лазикса, под прикрытием феназема. На пятый день после одномоментной отмены начала проявляться положительная динамика, купирована депрессивная симптоматика, улучшилось настроение, появилось желание что-либо делать, оживилась эмоционально, стала пользоваться косметикой, вставила контактные линзы, планировала посещение парикмахерской, встречу со своим молодым человеком. Выписана с рекомендацией приема депакин хроно

1200 миллиграмм в сутки. Лекарство быстро бросила принимать из-за седации и боязни набора веса.

До осени 2011 года сохранялось гипоманиакальное состояние, затем по март — период эутимии. Устроилась на работу секретарем в крупную компанию. Проживала в гражданском браке с 45-летним мужчиной. Детей нет. С конца марта 2012 года наблюдалось развитие очередной депрессивной фазы, снизилось настроение, сонливость до 16 часов в сутки, повышенный аппетит. С марта по июль 2012 года набрала 9 килограмм веса. Отмечала, что с трудом понимала задания начальника, тут же их забывала, казалось, что все видят, какая она глупая. По этой причине уволилась с работы. Практически постоянно лежала, в связи с чем обратилась в Московский институт психиатрии с просьбой о стационарировании. Направлена в психиатрическую больницу № 4 имени Ганнушкина, где лечилась с 19 июня по 2 августа 2012 год, с диагнозом биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов. Лечение: симбалта 60 миллиграмм в сутки, абилифай до 10 миллиграмм. Выписана в связи с отъездом за границу на море.

Последующее стационарирование в недобровольном порядке 29 января 2013 года. Доставлена бригадой “скорой помощи” в психиатрическую больницу № 3 имени Гиляровского с диагнозом галлюцинаторное расстройство. За пару недель до госпитализации состояние изменилось. Перестала спать ночами, стала беспокойна, конфликтовала с родными, принимала алкоголь, нелепо хихикала, разговаривала с несуществующими собеседниками. Диагноз: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера. Сопутствующий: миопия слабой степени, расходящееся косоглазие. Лечение: галоперидол 30 миллиграмм в сутки, вальпарин 900 миллиграмм, циклодол 6 миллиграмм. Для дальнейшего лечения переведена в ПБ № 4 имени Ганнушкина, где находилась с 5 февраля 2013 года по 25 февраля 2013 года, с тем же диагнозом, биполярное аффективное.

В выписке из истории болезни указано место работы — консалтинговая фирма, менеджер. От листа нетрудоспособности отказалась. В отделении настроение неустойчивое, то плаксивое, вялое, то оживляется и улыбается. Достаточно полно описывает свое состояние, отмечает подъем настроения с декабря 2012 года, когда взяла кредиты в банках — дарила окружающим дорогие подарки. Отказ от приема терапии объясняет ее побочными эффектами: седация, повышение массы тела. Выписана с рекомендациями: конвулекс до 900 миллиграмм в сутки, абилифай 10 миллиграмм в сутки, релаксон 7,5 миллиграмм.

Последующие госпитализации: с 2 апреля 2013 по 12 мая 2013 год в психиатрическую больницу № 3, с 13 марта 2014 по 19 марта 2014 год, с 1 мая 2014 по 23.05.2014 год. И с 30.06.2014 по 22.07.2014 год проходит медико-социальную экспертизу. 15 июля

2014 года определена вторая группа инвалидности на один год. После чего переведена в дневной стационар психиатрической больницы № 3. Однако в условиях дневного стационара, где находилась с 22 июля 2014 года по 4 августа, не удержалась. В состоянии алкогольного опьянения вела себя неадекватно, оголялась на улице. Была госпитализирована в психиатрическую больницу № 3, где лечилась стационарно до 4 сентября 2014 года, после чего посещала психоневрологический диспансер, принимала депакин хроносфера, сероквель, феназепам.

В течение последних двух лет госпитализировалась весной по поводу депрессивной симптоматики, с 13.04.2015 по 17.06.2015 год, с диагнозом биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии средней степени с соматическими симптомами. Сопутствующий: энцефалопатия сложного генеза, психовегетативный синдром, эписиндром, кольпит. Лечение: амитриптилин 100 миллиграмм в сутки, кломипрамин 200 миллиграмм в сутки, флуцентиксол 6 миллиграмм, вальпроевая кислота 1000 миллиграмм.

Заключение невролога: энцефалопатия нейрорегуляторная.

Компьютерная томограмма головного мозга от 11 июля 2015 года: признаки умеренной атрофии, наружная гидроцефалия.

Заключение психолога от 30.04.15: на первый план выступает сниженный эмоциональный фон, отгороженность, стремление ухода от реальности на фоне особенностей ассоциативного процесса у незрелой пассивной личности.

В отделении дважды отмечались бессудорожные эпилептические приступы. Осматривалась неврологом, прошла дообследование: компьютерную томограмму, электроэнцефалограмму, Эхо-ЭГ. Проведена сосудистая терапия и гидратационная с положительным эффектом. Продлена вторая группа инвалидности. Выписана с рекомендациями: амитриптилин 100 миллиграмм в сутки, флуцентиксол 4 миллиграмма в сутки, вальпроевая кислота 1000 миллиграмм.

Последнее стационарное лечение — с 01.03.2016 года по 14.04.2016 год, когда самостоятельно обратилась с жалобами на апатию, сонливость, упадок сил. Получала лечение: депакин хроносфера, флуоксетин, флюанксол, кломипрамин, анафранил, сульпирид. После выписки в амбулаторных условиях принимает вальпроевую кислоту 1000 миллиграмм, один пакет утром, кломипрамин 100 миллиграмм, флуцентиксол 2 миллиграмма. Проживает в данный момент с матерью и бабушкой. Является инвалидом второй группы. Не работает, в быту пассивна, большую часть времени проводит в постели, на улицу выходит по необходимости. В контакте с инфекционными больными не находилась. За пределы РФ в течение последних шести лет не выезжала.

Соматический статус: астенического телосложения, кожные покровы видимые, слизистые чистые,

бледноватые; телесных повреждений нет; аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет; деятельность сердца ритмична, тоны приглушены; артериальное давление 100 на 70; частота сердечных сокращений — 100 ударов в минуту; живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Неврологический статус: D=S, расходящееся состояние глазных яблок, фотореакция сохранена; язык по средней линии; координаторные пробы выполняет удовлетворительно, сухожильные рефлексы равные; мышечный тонус сохранен; нарушений, нечувствительности не выявлено; менингеальных знаков нет.

Психический статус. Ориентирована в собственной личности, во времени, в месте пребывания. В беседе спокойна, поведение упорядочено, внешне несколько неопытна: волосы сальные, ногти рук неухожены. Жалобы на сниженное настроение в течение дня, сильную апатию, слабость, сонливость, плохое настроение, упадок сил. Отмечает сниженное настроение в течение большей части дня, вне зависимости от ситуации. К вечеру становится более активной. Снижение интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, связанной с положительными эмоциями. Снижена концентрация внимания. Заниженная самооценка и чувство неуверенности в себе. Мрачное и пессимистическое видение будущего. Голос тихий, монотонный, слабо модулированный. Астенизирована, вяла, в процессе беседы истощается. Пассивна, на вопросы отвечает формально. Идеаторно и моторно заторможена. На лице скорбное выражение, амимична. Сидит в сгорбленной позе. Острой психотической симптоматики не выявлено, злоупотребление алкоголем отрицает, говорит, что могла выпивать только в мании. Наличие галлюцинаций отрицает, бредовых идей не высказывает, критика формальная, суицидальные тенденции отрицает, к поддерживающему лечению относится формально, информацию о препаратах не знает, признается, что нарушает режим приема.

Ведущий: Спасибо. Есть вопросы? У меня вопрос. Эпиприступы были бессудорожные? Они описали как-то это или нет? — *Нет, в меддокументации не описано. Это тогда, когда проводилась медико-социальная экспертная комиссия, в отделении описывали приступы.* — С потерей сознания? — *Без потери сознания, единичные. Там два приступа всего.* — Подождите, там написали “бессудорожные”. Там было написано, без потери сознания? — *Написано такого не было.* — Значит, мы не знаем, что это было, и было ли без потери сознания, просто приступы без судорог, или были приступы... И вообще, не известно, что это было. Хорошо. Еще какие-нибудь вопросы появились?

— Сколько ей сейчас лет? — *32 года. Она 1984 года рождения.*

Ведущий: Спрошу еще. Понятно уже, дифференциальная диагностика, что с чем. Но меня интересуют приступы, эутимическое настроение. Это последние

годы только стало появляться? — *Последние два года особо сниженное настроение.* — Нет-нет, эутимические периоды. — *Последнее время. Большую часть времени, она описывает, последние особенно два года, сниженное настроение.*

— А что она сейчас получает? — *Депакин хроносфера, флуоксетин, флюанксол, кломипрамин, анафранил, сульпирид.* — И кломипрамин, и анафранил? Как это? — *В амбулаторных условиях принимает вальпроевую кислоту 1000 миллиграмм, один пакет утром, кломипромин 100 миллиграмм и флупентиксол 2 миллиграмма в сутки.*

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Ведущий: Садитесь, пожалуйста. Можно я Вас буду называть по имени? — *Да, конечно.* — Можно, да? Спасибо. Меня зовут Алла Сергеевна. — *Очень приятно.* — Как Вам здесь, в больнице? — *Мне нравится лечиться в этой клинике.* — Нравится, да? — *Да, да.* — Что Вам нравится, можете сказать мне? — *Мне нравится отношение персонала, отношение вообще внутри коллектива, профессионализм докторов.* — Вы прямо как будто пишете какое-то... — *Просто потому что я была практически во всех отделениях.* — Здесь, да? Во всех отделениях, да? — *Да.* — И здесь Вам не тягостно? Иногда некоторые больные, знаете, не любят в больнице лежать. — *Так как я попадаю сюда в очень плохих состояниях, а здесь я из них выхожу, то я не воспринимаю это как тягость, а с большой благодарностью отношусь к больнице.* — Скажите мне, последний раз, почему Вы оказались здесь? — *Потому что уже не могла терпеть депрессию больше. Хотя я пила все лекарства, но эффекта не было, и поэтому пришлось лечь.* — А что было, можете рассказать мне? Просто как Вы себя чувствовали в этой депрессии? — *Я лежала, и все. У меня даже не было сил ни плакать, ничего. Ни готовить, ни убирать.* — А как возникают эти депрессии у Вас? Вы же часто страдаете депрессиями, правда? Как они возникают? После чего-то, неприятности какой-то, стресса, может быть? Или совершенно независимо ни от чего? — *Нет. Например, я четко понимаю, если полгода в нормальном состоянии, то потом, на седьмой месяц начинается сначала немножко торможение.* — То есть сначала Вы чувствуете торможение? — *Сначала тяжело читать становится. Потом перестаю...* — А тяжело читать, это что значит? — *Тяжело воспринимать информацию.* — Воспринимать информацию, да? — *Да.* — Трудно концентрироваться? — *Концентрироваться. Я могу одно и то же читать и понимаю, что я ничего не запоминаю.* — Ничего не запоминаете, так. Дальше что происходит? — *Дальше я начинаю позже просыпаться, то есть мне становится тяжелее вставать, уже в 8 не могу встать, в 9 встаю, в полдесятого.* — Какая-то сонливость? — *Сонливость, да. И засыпаю,*

наоборот... — И такая сильная сонливость, да? — Да. А засыпаю, наоборот, раньше. — Раньше? — То есть уже в 8, в 9 вечера, уже еле сижу. — Клонит ко сну? Так. Еще что появляется? И в последний раз появилось. — Потом уже... так как я сейчас понимаю, что депрессия лечится, то у меня уже больше не возникает суицидальных мыслей. Потому что я думаю, что... — Это мы пройдем, это раньше было, я знаю эту историю вашу. А что в последний раз? Дальше, Вам стало трудно читать, трудно соображать, потом появилась какая-то сонливость, еще что появилось? Какие неприятности были с вами? — Я разговариваю, торможу как будто бы, то есть мне может человек говорить, говорить что-то, а я не слышу его. — Как будто не слышите его? — Да. — Или мысли о другом просто? Или какая-то пустая голова? — Прямо пустота. — Пустота какая-то, да? — Да. И я могу сесть на одно место и вот так сидеть полчаса, час пройдет, а я сижу. — Какая-то заторможенность, да? — При этом, да, вообще, ничего. Я даже ни о чем не думаю в этот момент. — И даже ни о чем не думаете, а просто сидите, и такая вот пустота в голове? Еще что? — Потом начинаются мысли, что я не могу выйти на улицу, например. — Почему? — Потому что все нормальные люди живут и радуются, а мне стыдно за то, что я не такая. — Но это у Вас был какой-то опыт? Вы выходили на улицу и чувствовали, что как-то люди, может быть, к вам?.. — Нет, это чисто вот... — То есть это без опыта Вашего? — Это именно мое вот личное восприятие. — Внутреннее убеждение какое-то, да? — Люди, естественно, своими делами все заняты, какое кому дело-то? Но мне самой, я как-то не могу. Думаю, сейчас... — Да. Что Вы сами не можете? — Жизнедеятельность вести, вот так вот. — Что Вы не можете, как-то винили себя в этом, что ли? — Да. То, что я отключаю телефоны, не хочу ни с кем разговаривать. — Разговаривать. Что Вы, собственно говоря, одна, получается, да? — Получается так, да. Что я никому ничего не могу сказать. — Какое-то одиночество... И что значит, не можете сказать? — Мне не с кем поговорить о том, как я себя чувствую. — Не с кем поговорить? Как чувствуете себя и так далее? — Да. — Еще какие были мысли в последний раз? Еще какие мысли? — Неудобно, как будто бы стыдно за то, что я живу на свете, вот так я бы сказала. — Почему так Вы думаете? — Потому что у всех же людей к моему возрасту есть либо карьера, семья. — В этом смысле? — Или хотя бы что-то, да. — Да. Из-за этого? По-разному бывает, на самом деле, Полина, Вы понимаете это? — Конечно, я понимаю. — По-разному. Сейчас немножко лучше, я чувствую? — Да, я уже сделала капельницы три. — Три капельницы сделали. И в чем лучше, Полина? — Легче просыпаться. — Легче просыпаться, так. Что еще? — Общаюсь легче. — Общаетесь легче, так. — Даже то, что я сегодня здесь. — Смогли прийти, да? Это вообще признак

того, что получше стало, да? — Да, да. — И какая-то, я смотрю, даже вера появляется в то, что это скоро пройдет? — Да, потому что самое ужасное, это у меня, когда была попытка самоубийства, это просто было из-за того, что я не знала, что это состояние... — У Вас не одна была попытка-то, к сожалению. — Я не знала, что это состояние проходит. Просто настолько начинаешь отчаянно себя чувствовать. — Сколько у Вас было всего попыток? — Две. — А не больше? — Может, чуть больше. — Сколько, если посчитать? Серьезных две, я поняла, а несерьезных сколько было? Ну, сколько? — Не знаю. Две точно было. — Точно две было. А что пытались сделать? — Вообще не хотелось жить. — Да, я понимаю. А что пытались сделать с собой? — Ну, таблетки. — Это таблетки все время, да? А каких-то других способов не придумывали? Или бывало? — Нет. — Или бывало? — Иногда так смотришь в метро на рельсы, думаешь: “А может, а ну его?” — “А ну его”. Это в период отчаяния, да? — Это когда я запускала очень сильно. — Когда очень запускали себя? — Да. — Понимаю, понимаю. Скажите, пожалуйста, еще в депрессиях у Вас бывает такое, что Вы очень много едите, такой повышенный аппетит есть? — Да, есть. — Ну-ка, расскажите, как это происходит? — Я ем все подряд. — Как это, все подряд? — Ну, так. Могу взять... — Открываете холодильник? — Да. — Все смешиваете? — Да, могу батон хлеба. Я зажевываю стрессы какие-то, наверное. — “Зажевываете стрессы”, да. И что едите? Батон хлеба вместе с чем? — Я могу с чем угодно, я не чувствую вкуса. — Вкуса не чувствуете? — Я не воспринимаю еду. — Не воспринимаете еду как еду? — Да, просто как какой-то процесс, наверное. — Какой-то процесс. Это приносит какое-то успокоение? — Чуть легче становится, да. — Чуть легче. А почему Вы здесь показываете? — На душе. — А что вот тут бывает, когда плохо? — Как комочек какой-то бывает. — Как комочек какой-то. Покажите, где? — Вот тут. — Вот тут, как будто давит? — Прямо комочек и все. Да. — Комочек как будто давит, да? Скажите, пожалуйста, Полина, когда была самая тяжелая депрессия у Вас, я даже не буду считать, сколько у Вас депрессий было, когда была самая тяжелая депрессия? — Самая-самая? — Да. Сколько вам было? Примерно. — Ой, это, наверное, год 2008 был. — 2008? Ну-ка, напомните, что там было? Напомните мне, 2008 год. — Когда была у меня попытка самоубийства. — Суицида, да? — Такая, да, серьезная. — Серьезная, да? Расскажите, что тогда было? Из-за чего это произошло? — Потому что я ничего не чувствовала. И ни к кому. Я не могла любить там маму, бабушку, дедушку. — Что, было какое-то, скажем, необычное состояние? Можно так сказать? — Да. И я подумала, что просто... — Подождите-подождите, Полина. А в чем была его необычность? — Ничего не чувствовала. Ни к кому. — Как будто что, потеряли какой-то эмоциональный контакт? — Не

просто эмоциональный, а вообще, контакт. — Вообще, чувства как будто потеряли, да? — Да, да. — Как это Вы поняли, почему Вы это поняли? — Не знаю. Я могла только встать с дивана, поесть. — Поесть. — Даже за собой посуду не могла вымыть и вернуться обратно, на диван. Или какой-нибудь телевизор включить, что-то. Мне было все равно, что идет. — Все равно, что идет. Отношение к маме как? — Никак. — Что ж такое, какое-то чувство такое? — Вообще, как будто... — Безразличие какое-то? — Полное безразличие. — Полное безразличие? — Ко всему, вообще, ко всему. — К брату? — То же самое. — То же самое, да? К подругам? — Господи! Вообще... — Вообще, все без... И скажите, пожалуйста, это было мучительно для Вас? Вы думали об этом? — Да, я подумала, что лучше вообще не жить, чем вот так существовать. — Существовать. И не было ощущения вкуса, так я понимаю, и не было ощущения какой-то эмоциональной привязанности? — Да, вообще. — И не было... А звуки? Свет? Он был такой же яркий, как всегда? Вернее, свет, скажем, окружающее воспринималось так же отчетливо или нет? — Как сквозь пелену. — Как будто сквозь пелену, да? Такое было ощущение, да? — Ну, да. Может, это восприятие мое было просто такое. — Да, да, конечно, это восприятие Ваше. Долго такой был период? — Месяца четыре, наверное. — Месяца четыре, да? Понятно. И тогда и была эта суицидальная попытка, да? — Да. — Скажите, почему Вы именно это называете самым тяжелым? Из-за того, что Вы это пытались сделать, или потому что состояние было такое? — Такое состояние было. Я просто в то время, я не помню насчет терапии, по-моему, никакие антидепрессанты не принимала. — Понимаю, понимаю. А когда вторая была попытка, это было такое же тяжелое состояние? — Да. — Такое же тяжелое состояние, да? — Да, но тогда я принимала таблетки, но, видимо, они не действовали или какие-то другие были таблетки. И я подумала, что... — Понимаю. Полина, но кроме таких депрессий у Вас бывают какие-то такие противоположные, я бы сказала, состояния. — Да, было. Было, да. — Да не то, что было, а очень часто было, да? — Да. — Можете мне их в целом описать? — В целом? Во-первых, я, когда чувствую, что что-то не то, это когда я иду в магазин и покупаю себе бутылку водки именно. Именно водки. — Вы вообще такой любитель выпить у нас? — Нет, вообще не пью. Вообще не пью. — Как, вообще не пьете? На протяжении последнего времени, когда была депрессия, до этого было хорошее состояние. — Только у меня, если я иду, покупаю бутылку водки, это значит, что-то плохое. Жди беды это называется. — То есть Вам нужно после, как купите водку, сразу бежать к психиатру? В третью больницу. — Так оно, собственно, и происходит. — А Вы почему поняли, что нужно это делать? — Так вот, выпиваю эту бутылку, и дальше, к сожалению, не помню ничего. — Как, не помните? Такое о Вас в

историях болезни написано, как ничего не помните? — К сожалению, остается только слушать со слов родственников. — Да ну! У Вас память вроде нормальная. — Я тоже так думаю, но в этих состояниях я ничего не помню. — Да ну! Ну, как это, Вы не помните? — Вообще, как пелена. — То есть давайте, последний раз. Последнее было такое приподнятое настроение, что Вы делали? — Последний раз? — Да. — Это когда я, наверное, водку пила? — Водку Вы, я так поняла, всегда пили в таких состояниях. Так, а что? — По-моему, меня тогда забрали в полицию с Чистых Прудов. — Почему? — Потому что там нельзя распивать спиртные напитки. — А почему забрали? — Потому что у меня там случился приступ эпилепсии. — Эпилепсии даже? — Ну, да. — Это что такое? — Припадок, как мне потом сказали в милиции, что у меня припадок был. — Какой припадок? — Эпилептический. — Это полицейский Вам сказал? — Да. — Понятно. А потом, наверное, записали в историю болезни, да? — Наверное, да. И потом, я на следующий день уже была здесь, и все было нормально. — Полина, а что там произошло после того, как Вы были на Чистых Прудах? Что там было? Выпил человек бутылку водки, и что? — Кто-то может пить, видимо. Кто-то может пить, а кто-то не может. Я отношусь к тем людям, которым пить противопоказано. — Так Вы целую, что ли, бутылку выпили? — Да. — Так. Ну? Хорошо, а другие состояния? Не всегда же Вы выпивали целую бутылку водки? — Всегда практически. — Всегда? То есть, как начинается, как вдруг... Чего Вас тянет в этот магазин, объясните мне? — Значит, у меня такая мания, если меня тянет в магазин. — А что такое мания? Что такое? Как Вы чувствуете это? — Выпить, хочется выпить водки. — Ну, что, Вы просыпаетесь в один прекрасный день, и что происходит? — Иду в магазин за водкой. — Зачем? — И значит, это все. — Зачем идете? Вы же не пьете. — Не могу объяснить. Появляется желание. — Появляется желание... — Выпить водки. — Выпить водки? — Да. — Прямо как будто навязчивая идея какая-то?.. — Да, да-да. И моя мама, видя это, сразу вызывает врача, и, соответственно, я оказываюсь здесь, и все. — Какой-то такой подъем чувствуете в это время? Нет? — Да, желание большое выпить. — Желание большое выпить. Да? Именно выпить? — Именно выпить. — Именно водки? — Да, именно выпить. И это индикатор того, что у меня... — Что у Вас начинается какое-то такое нехорошее состояние? — Да, да. — И что, Вы ничего мне не можете сказать, что Вы в этом состоянии делали? — А не могу, потому что я выпиваю эту водку, после этого я что-то делаю, но я не знаю, что я делаю. — Полина, но оно у Вас продолжается месяцы, это состояние. Полгода эти состояния. Что происходит в это время? — Сразу же меня госпитализируют, сразу же. — Не всегда, Полина. Не всегда. Вы что, не помните? — По-моему, сразу госпитализируют. — Нет, не всегда, Полина.

Вы еще там что-то совершить успеваете. Деньги куда-то потратить, идеи какие-то у Вас появляются. Ничего не помните? — *А, кредитная история?* — И кредитная история, конечно. — *Все я закрыла, все кредиты выплатила.* — Да не в этом дело, я просто спрашиваю, что происходит в эти длительные периоды Вашего плохого состояния. Я бы сказала, может быть, не для Вас, но Вы там совершаете какие-то неправильные поступки. — *Не то, что неправильные поступки, какой-то бред, если честно, если так подумать.* — А почему Вы называете это бредом? — *Потому что так оно и есть. Я считаю, что это бред какой-то.* — Например, приведите мне пример этого бреда. — *Не знаю. Могу подарить какой-нибудь очень дорогой подарок человеку.* — Это Вы просто очень добрый человек. — *Которого я знаю там...* — Это Вы добрый человек просто. — *Мало времени.* — Мало времени, да? Так, еще какой бред? — *Не знаю.* — Давайте, давайте, расскажите. Что Вы считаете бредом? — *Я считаю, что ненужные какие-то поездки, могу куда-то поехать.* — Куда Вы ехали ненужно? — *Не знаю. Наверное, могу сесть в поезд и уехать в Рязань.* — А что там, в Рязани, кстати? — *А в Рязани дойти до винного магазина ближайшего.* — До ближайшего винного магазина, так, хорошо. Еще что? — *Такие вещи, которые человек в здравом уме никогда не делает.* — Те, которые в здравом уме? Вы помните их все-таки, эти поступки Ваши, которые бы Вы в здравом уме не сделали? — *Я их, не могу сказать, что я в точности помню, и что являлось мотиватором действий, зачем, что происходило.* — Или с какими людьми Вы встречались в это время? Нет, не помните? — *Не помню.* — Как череда каких-то событий, да? — *Да, да.* — Там и наркотики у Вас были какие-то. — *А это другое. Это я хотела... это я в то время доказывала, что...* — Были? — *...у меня нет заболевания, а что это вызвано каким-то там алкоголем или наркотиками, вот что я хотела сказать.* — Вы хотели врачам доказать? — *Да, да.* — Что у Вас не какое-то заболевание, да? — *Да, а что это наркотический или алкогольный дурман.* — Что это наркотический... То есть Вы специально начинали принимать их, что ли? — *Я их не принимала.* — А как? — *Я просто сказала врачам, что у меня это состояние из-за того, что я принимала наркотики. Чтобы они поняли...* — Обманули? Обмануть хотели? — *Чтобы они поняли, да, что это не болезнь.* — Обмануть удалось? — *Не знаю.* — По-моему, нет. Еще там какие-то у Вас видения были, по-моему, в это время? — *Я не знаю. Я могу в этом состоянии наговорить чего-то.* — Например, какие-то видения там были. Какую-то ерунду говорили. — *Я не знаю. Я такого не помню, то, что у меня...* — А какие видения были? Какие? — *...никаких видений не было, честное слово.* — Там разговаривали с какими-то людьми, которых не было. Мнимыми. — *Правда?* — Я не знаю. — *Я не знаю тоже.* — Я спрашиваю. — *Трудно сказать.* — Хорошо, задам один

вопрос. В этих состояниях подъема, которые Вы плохо помните, было так, что становилось страшно? — *Когда пьешь водку, наверное, не страшно ничего.* — Еще разок, когда пьете водку, то?.. — *То, видимо, страх как-то запирается...* — Я спрашиваю не так, как Вы предполагаете, а как это было. Было так, что было страшно? — *Если честно, я не помню.* — Не помните. Скажите, пожалуйста, у Вас бывают... Вы же знаете свой диагноз, кстати? — *Нет. Предполагаю, что биполярное аффективное расстройство.* — Откуда Вы так правильно решили? Откуда? — *Ну, так, я читала литературу.* — Откуда? Читали литературу? — *Да.* — Когда это Вы читали, давно? — *Давно, да. Еще в 2007 году.* — В 2007 году, да? Похоже, как считаете сами? — *Да.* — Похоже. — *Похоже, да.* — Похоже. Значит, у Вас бывают какие-то подъемы, бывают спады настроения, да? — *Да. Бывает то, что я могу много дел переделать.* — Да. А бывает наоборот? — *А бывает, что я просто лежу на диване и ничего не могу сделать.* — На диване. А бывают нормальные состояния? Когда нет ни подъема, ни спада? — *Да, только они очень быстро переключаются.* — Переключаются. — *Либо сразу такая глубокая депрессия, либо желание выпить.* — Самое большое, самое длительное такое состояние, чтобы настроение ваше было ровное, сколько примерно продолжалось? — *После последней выписки до этого момента, я считаю, это самый длинный период, который я вообще без больницы.* — Это сколько месяцев получилось? Сколько месяцев? — *Июль, август, сентябрь, октябрь, ноябрь, декабрь, январь, февраль. Пять, шесть, семь... восемь месяцев.* — Восемь месяцев. Как-то Вы на пальчиках считаете это. — *Да.* — Значит, восемь месяцев, да? Это самый длительный период был у Вас такого ровного настроения? — *Такого ровного, да, состояния.* — Оно Вам желательно, это ровное настроение? — *Да, только...* — Или как Вам оно, нравится, не нравится? — *Только оно и желательно.* — Только оно и желательно? — *Да. Если бы можно было всю жизнь вот так.* — Некоторые люди хотят, чтоб подъемы были у них. — *Подъемы, но они от чего-то должны быть, случается радость какая-то в жизни, вот тебе и подъем, да.* — А для Вас это желательно, это такое ровное настроение? — *Да, чтобы я спокойно могла...* — Что за это время, за эти 8 месяцев Вы успели сделать? — *За эти 8 месяцев? Ничего плохого я не сделала.* — Я спрашиваю, что хорошего. — *Так, брала переводы, дома делала.* — Переводы. Вы же по специальности кто? — *Лингвист.* — Вы лингвист? Вы можете переводить с какого на какой? — *С английского.* — С английского. И, по-моему, у Вас испанский? — *Да, но я его уже подзабыла.* — Подзабыли, да? Английский, да? То есть Вы начали переводить, так? — *Да, да.* — А откуда Вы брали переводы эти? Кто Вам давал? — *По компьютеру, там несколько компаний.* — Через знакомых? — *Да, да. Через знакомых.* — Попросили, чтоб Вас при-

строили как-то, да? — Угу. — И получали деньги? — *И как только есть какие-то заказы, тогда я их выполняю.* — А сложный был перевод? Чего касался он? — *Нет, не сложный, по маркетингу.* — По маркетингу, да? — *Да.* — И получали деньги, все нормально? — *Да.* — Да? Еще что успели сделать за эти 8 месяцев? — *Общались с подругами.* — С подругами общались, да. — *С мамой хорошие отношения.* — С мамой хорошие установили отношения, да? — *Да, да.* — Так, еще что? Молодой человек появился? — *Молодой человек? У меня есть друзья некоторые, но молодого человека нет.* — Но был период, что Вы с каким-то молодым человеком встречались и, по-моему, даже жили с ним, да? — *Когда я училась в институте, да.* — В институте. А больше не влюблялись, что ли? — *Как-то мне, не знаю... Я бы не хотела, чтобы рядом с каким-то человеком была я, потому как я не совсем здоровый человек. Вдруг со мной что-то случится, депрессии, а он увидит это.* — Подождите, но это же Ваша точка зрения? — *Да.* — Но это не точка зрения того человека, с которым Вы встречаетесь? — *Я не знаю.* — Вы чувствуете себя из-за своей болезни, скажем, какой-то не такой, как все? — *Не из-за болезни, а из-за моей наследственности.* — А что за наследственность? — *У меня болеет по психической линии мамин родной брат, мой дядя. Потом выяснилось, что и тетя моя болеет тоже.* — И тетя болеет, так. — *Да.* — И кто еще? — *И мама мне сказала, что, если бы она знала, что такая наследственность, она вообще не взялась бы рожать ребенка.* — Это она вам сказала? — *Ну, так она сказала: "Если бы я знала, что такая ситуация есть, я бы не родила".* — Что "такая ситуация"? Вы не обиделись на маму за такие слова? — *Нет. Потому что она права.* — Вы думаете? — *Я же тоже не могу гарантировать, что будет здоровый ребенок. А зачем тогда?* — Понимаете, когда разговор о наследственности, у Вас же только 50%. А 50% будет от другого человека. Вы же не знаете, какие гены встретятся друг с другом, правда? — *Да.* — Так? Так что, не влюблялись, фактически? Или какую-то в себе поставили, стеночку поставили? — *А может быть такое, что вдруг у меня хорошее состояние или приподнятое, и это мне кажется, что я в человека влюбилась, а на самом деле это очередное проявление мании?* — Вы стали себя контролировать в этом отношении? Далее задумываться над этим? — *Конечно, конечно.* — Вы стали задумываться насчет того, насколько Ваши чувства являются проявлениями здоровья или болезни, да? — *Да, да.* — А именно как? Объясните мне. Что Вы начали контролировать? — *Нет, например, если мне звонит подруга и говорит: "Давай с тобой откроем пиар-агентство". И если мне нравится эта идея, я начинаю ей загораться, я думаю: "Наверное, мне надо лечиться".* — Понимаю. То есть могу я сказать даже, что Вы немножко сознательно ограничиваете себя в каких-то поступках? — *Да, да, безусловно.*

Например, скажите мне, в чем? — *Например, я не пошла свое резюме в какую-нибудь компанию, потому что...* — Почему? — *Если у меня сегодня хорошее настроение, это не значит, что я могу справиться с нагрузкой, которая на меня потом будет возложена.* — Еще что бы Вы не сделали? — *Кредит не взяла какой-то, который не смогу...* — Кредит не взяли. — *И не взяла бы на себя каких-то обязательств.* — Обязательств. — *А отношения — это же тоже обязательства. Отношение с молодым человеком.* — С людьми, с молодым человеком? — *С людьми, да.* — Но было так, что Вы влюбились? — *Конечно.* — Было? — *Ну, конечно.* — Это когда было, давно? — *Давно.* — Как, давно? Вам всего-то 32 года. Как, давно? — *Давно, давно.* — Что, лет в 17, что ли? — *Побольше, да.* — В 22? — *Да, в 22.* — Тогда, когда Вы с ним немножко жили, да? — *Нет, это мне было, наверное, поменьше.* — Поменьше, да? — *Когда заканчивала институт, да.* — Но могу я сказать, что Вы в этом отношении тоже немножко себя ограничиваете как-то? — *Да, потому что так пропадать, отключая телефоны, или объяснять, что я в больнице, я же не могу это никому сказать.* — Понимаю, понимаю. А что же Вы делаете? Расскажите мне, что Вы делаете дома? Все-таки у Вас было хорошее настроение 8 месяцев, что Вы делали дома? Как проходит Ваш обычный день, когда у Вас хорошее настроение? Нормальное, вернее. — *Я убираю.* — Вы встаете. Вы живете: Вы, мама?.. — *Бабушка.* — Бабушка. Бабушке сколько лет уже? — *Ой! Она с 1934 года рождения.* — Это сколько? — *80 с чем-то.* — Так, хорошо. 80 с чем-то, но она сама себя обслуживает, бабушка? — *Да, гулять выходит еще.* — Гулять выходит, да. Так, еще кто живет? — *Мама.* — Втроем Вы живете, да? — *Я, еще собака и кошка.* — Собака и кошка, так. Сколько у Вас комнат, разрешите, я узнаю, есть ли у Вас отдельная комната, меня интересует? — *Отдельной комнаты нет, потому что бабушка считает, что все двери должны быть открытыми.* — Бабушка у Вас основной человек в семье, что ли?.. — *Но это же ее...* — Она диктует? — *Это ее квартира. Они с бабушкой вместе заработали на эту квартиру.* — Так, поэтому бабушка считает, что не должно быть дверей? Она что, убрала все двери? — *Нет, просто она так их все нараспашку считает.* — Нараспашку, так. И с кем Вы живете? — *Я живу в комнате с балконом.* — С балконом, но одна? — *С кошкой.* — И собакой? — *И собакой, да. И там мамин шкаф, в котором висят ее вещи. То есть у нас все вот так, все везде проходят, нельзя назвать, что это мое, моя комната или другая.* — Что эта комната... Подождите, когда Вы хотя бы ложитесь спать, Вы закрываете дверь? — *Нет. Нет, нельзя закрывать дверь. Потому что кошка иначе не сможет дойти до своего туалета, который именно там стоит.* — Так передвиньте на ночь туалет кошки. — *Нет, так нельзя.* — Почему? — *Бабушка так не хочет.* — Ну, бабушка у Вас, я смотрю, про-

сто... да. Она у Вас диктует немножко Ваш распорядок дня? — *Просто это же ее жилплощадь, это ее квартира.* — Я понимаю. Но она не очень требовательна в этом отношении? — *Нет, наоборот, она очень радуется, когда я ей помогаю убрать, приготовить и так далее.* — А что Вы делаете? Скажем, Ваш день. Вы встаете, дальше. — *Когда у меня хорошее самочувствие, я делаю зарядку. Я встаю где-то в 8 часов утра.* — Когда у Вас ровное состояние? — *Да, когда хорошее. Я называю ровное состояние хорошим.* — Да, хорошим состоянием. Вы встаете, делаете зарядку. Дальше. — *Дальше — завтрак.* — Так, кто его готовит? — *Каждый готовит завтрак себе. Или я могу какую-нибудь кашу приготовить, которую мы все вместе поедим.* — Так, у вас разные предпочтения в еде, да, дома? — *Да. Или мама может захотеть йогурт, а мы с бабушкой кашу съедим.* — Так, дальше. Каждый готовит себе, дальше. Поели, дальше что? Мама работает? — *Мы поели. Мама работает актрисой, поэтому у нее, когда есть работа, когда нет. Поэтому она, бывает, что дома много дней, а бывает, что нет.* — Вы там как-то сжились, я бы сказала, все-таки три поколения? — *Да, три поколения. Сжились.* — Да. Сжились, да? — *Да, да.* — Но не бывает каких-то ссор иногда? Бывает так, когда-двери-то не закрываются. — *Нет, у меня больше не бывает ссор.* — Раньше были, да? — *Раньше были, и это плохо заканчивалось.* — Обиды какие-то были? — *Да.* — На маму? — *Да, так, просто. Когда три... даже дедушка был жив, он умер только весной, зимой, он и был спокойный, единственным человеком.* — Человек. А так все взбалмошные немножко, да? — *Да, да-да. Так немножко такие.* — Гуляете в это время, в это хорошее? — *У меня ж собачка.* — Собачка? — *Да, с собачкой.* — Так что Вы два раза вынуждены?.. — *Три.* — Три раза вынуждены гулять с ней по часу, наверное, да? — *Да.* — Не меньше, да? — *К подружкам езжу иногда, с детьми их посидеть.* — К подружкам. Посидеть с детьми, да. Понимаю. Любите с детьми посидеть? — *Ну, конечно.* — Конечно, да. Хорошо. Полина, как Вы думаете, как будет дальше? Вы какие-то планы строите, вообще? Как дальше будет? Вне зависимости даже от наших проблем, от психиатрических. — *Вообще-то, с каждым годом, конечно, тяжелее и тяжелее становится.* — Скажите, почему? — *Мы все взрослеем. Я взрослею. И реализации ни в карьере, ни в семье, получается, нет. И надо искать какие-то другие вещи, чтобы радоваться... радоваться, я не знаю, успехам друзей можно радоваться. Можно собачке, кошечке радоваться, все равно...* — Я понимаю, да. Я понимаю. Как Вы, думаете все-таки, кроме таких мыслей не очень, я бы сказала, радостных, которые приходят Вам в голову, что надо было сделать, или что Вы хотели бы сделать, если бы не болезнь? — *Естественное, наверное, конечно же, семья. Семья, самое главное.* — Семья, самое главное? — *Семью создать свою, конечно.* — Свою семью. У

Вас есть какие-то, скажем, ожидания или представления о человеке, которого Вы могли бы полюбить? — *Да, наверное. Да, конечно.* — Хорошо. Скажите, а в Вашем хорошем состоянии, сейчас спрошу Вас, тоже не бывает каких-то периодов тревоги, какого-то страха, опасений каких-то? Нет? Это вообще Вам несвойственно, да? — *Да, вообще. Как-то абсолютно нет ничего.* — Абсолютно, да? Вы можете легко подойти к человеку, познакомиться с ним? Не познакомиться, это не надо совершенно, а хотя бы поговорить и так далее? — *Да.* — Легко. У Вас нет проблем, скажем, в общении? — *В хорошем состоянии...* — В хорошем состоянии. — *...нет.* — Нет? — *Нет. А вот когда депрессия, я вообще выключу все телефоны, и вообще никогда никому даже слова не скажу.* — Я понимаю. Ну, хорошо. Полина, я хочу сказать, какая у Вас большая проблема, с точки зрения врача. — Вы не принимаете постоянно лекарства. Вы, как у Вас период этот, Вы бросаете все. — *Вот уже принимаю. Вот почему я не попадаю, да, в этом году, допустим, в больницу. После того, как мне Светлана Владимировна эту схему назначила, я вот ее придерживаюсь и прям вот каждый... безукоснительно. Каждый раз все по схеме принимаю.* — Ну, ладно. Хорошо. У Вас есть какие-то вопросы по своему состоянию, скажем, по лечению? — *Мне нравится такое лечение сейчас.* — Вам нравится почему? — *Потому что мне помогают капельницы.* — Потому что капельницы помогают, да? — *Да.* — И сейчас нет такого ощущения, что появился даже немножко иногда подъем, нет? Вечером. — *Сплю все равно.* — Все равно. Сонливость. — *Все равно еще сонливость больше.* — Все равно сонливость есть. Бывает так вот, меня интересует, что с утра, скажем, депрессия, а потом встали — и уже другое состояние, совершенно противоположное? Или постепенно? — *У меня вот прям тянется вот. Вот тянется.* — Нет, нет. Вот когда переключается одно состояние на другое, бывает так, что вот в один день Вы еще в депрессии, а потом — раз, и на следующий день уже в гипомании... — *Вот если у утром просыпаюсь где-то в 6 рано...* — И пошли за водкой — это Вы мне хотите сказать? — *Нет, нет, нет, не сразу.* — А что? — *А прям такой вот прям на ровном месте прям радость-радость такая. То до водки надо бы...* — Добежать? — *...депакинчику выпить, до того. Я... ну, водка-то.* — Ага. А, все-таки в начале значит радость-радость, да? — *Ну, радость, что, наверное, депрессия закончилась, да. И поэтому надо в этот момент выпить депакин, прежде чем бежать в винный магазин.* — Бежать туда, понимаю, понимаю. Ну, еще что-нибудь хотели спросить? — *Спасибо Вам большое.* — Спасибо Вам. Может быть, у кого-нибудь есть вопросы?

— Стихи Вы не принесли свои? — *Стихи.* — Ну, Вы же лингвист. — *Я ... когда поняла, что стихи — это проявление мании, перестала их писать вообще.* — А можете хотя бы прочитать что-нибудь наизусть?

— Ну, я на память не помню, к сожалению. — Память упала немножко? — Угу. — Ухудшилась, да? — Угу. — На память. Ну, совсем, даже несколько строчек? Хотя бы, о чем? — Ну, о любви, наверное. — О любви. Конечно, о любви. Ну, ладно. Рисуете? — Не-а. — Нет, да? Стихи пишете. Ну, и молодец.

— Скажите, пожалуйста, а какие ощущения Вы ждете от водки? Говорите — вот надо выпить. Чего Вы ждете? Она дает какие-то ощущения особенные? — Наверное... эйфории. Да? Я не знаю, почему у меня вот, как только я иду за водкой, это значит, что надо звонить в 03. — Но в 03 не надо. 03 не надо, а то они жалуются сейчас, что слишком много 03. Так, понятно. — Я не знаю, почему. Вот так мне в голову не придет вот водки выпить там. Я даже на день рождения и на Новый год безалкогольное шампанское пью, безалкогольное.

— Скажите, пожалуйста, вот впервые Вы прибегли к употреблению водки, Вы помните, когда? Для снятия этого состояния. Или как проявление состояния. Это Вы же не родились как бы с этим, значит, что-то подтолкнуло Вас к этому? Что было-то? — Когда я только закончила, вот перед первой госпитализацией, да? — Ну, я не знаю, когда Вы стали подъем начинать с водки. После чего? Может быть, у Вас опыт какой-то был? Вот знали, что водка улучшает настроение Вам. — Мне... слишком беспокойная я была, и хотелось немножко как бы успокоиться. — А почему водка, к примеру? — Так я не знала, что есть лекарства еще, к тому времени. — Нет, ну есть вино, есть пиво. Почему водка? — Вот, тоже не знаю. — Ну, как русский человек, да, водку? Ну, что тут скажешь, да? Хорошо. Спасибо. — Спасибо Вам большое.

Ведущий: Ладно, спасибо... Давайте, я попрошу Вас сначала сказать о статусе, а потом уже будем характеризовать болезнь.

Врач-докладчик: Конечно, клиническая картина заболевания сложная. Смена фаз, в отделение она поступает в фазе мании, уже на второй день госпитализации мы наблюдаем, что у нее опущена голова, она вялая, депрессивная. — А скажите, пожалуйста, по статусу можно все-таки провести диагностику? Что бы Вы отметили, может быть, в статусе? — Ну, то, что она говорит о том, что она занимается переводами, — с февраля ни одного перевода она не закончила. Это со слов мамы. О том, что у нее снижается концентрация, она начинает заниматься, читать текст, и она не понимает, что она видит. На улицу с собакой она выходит, но периодически. На работу она так и не устроилась. Все равно настроение остается большую часть времени... — Какая тут дифференциальная диагностика? Между чем и чем? — Биполярное аффективное расстройство и шизофрения. — А какая шизофрения? — Я думаю, что рекуррентная. — И вот к чему Вы больше склоняетесь и почему? — Я склоняюсь к биполярному аффективному

расстройству больше. Конечно, у нее начиналась симптоматика с депрессии, с апатии. Потом в дальнейшем прием нейролептиков, который подавил ее манию, и уже на данный момент она выглядит загруженной на фоне приема медикаментов, и склонна говорить о том, что... — Там действительно описаны такие изменения личности в истории болезни, что меня немножко смутили. В смысле, шизофрении, отгороженности или вообще. Она была же очень... комплаентна в этом отношении, эмоционально и так далее. Давайте я задам дифференциально диагностическую канву. Прежде всего, ясно, что это тяжелообольная, не важно, чем — биполярным расстройством или шизоаффективным. Это очень тяжело протекающее заболевание. Потому что как мании, так и депрессии — тяжелые, затяжные, континуальное течение на протяжении всей фактически жизни, во всяком случае, практически 10 лет... — 12 лет. — Да, континуальное течение, с бесконечными госпитализациями, причем, как в мании, так и в депрессии. — И множество госпитализаций в недобровольном порядке. — В недобровольном порядке. Дальше течение идет по типу сдвоенных фаз. И появляются какие-то периоды эутимии. Да? Вот сейчас 8 месяцев. То есть крайне неблагоприятный тип течения, который наблюдался в самые, я бы сказала, молодые годы, формируя, как любая болезнь, структурно-функциональные нарушения в мозге. Ну, я не знаю, видим ли мы подтверждение, но у нее уже нашли какие-то знаки на энцефалограмме, или где там? — И на КТ, да. — И на КТ были, понимаете. Теперь, на что еще надо обратить внимание? Давайте поговорим о депрессиях, поскольку она о них больше рассказывает. Обратите внимание, что у нее депрессии носили особый характер. Они были атипичными, с гиперфагией, с гиперсомнией. Да? Более того, иногда эти депрессии сопровождалась деперсонализационными и дереализационными расстройствами. Или там были признаки анестезии Де ла Роза? Вот эта связь атипичной депрессии с биполярным аффективным расстройством очень четко прослеживается. Чаше атипичная депрессия наблюдается у больных с биполярным расстройством. Что здесь интересно отметить? Фактически все приступы по типу клише. Я не верю, что она заговаривалась. Может быть, на высоте мании она и заговаривалась, но это, скорее, просто она сидела и бормотала. По статусу я не вижу, чтобы это был какой-то симптом вне ее маниакального состояния. Не знаю. Я не вижу по статусу этого. Может быть, у кого-то есть какие-то сомнения, скажите. Скажите, как Вы думаете, что с ней? Что с этой больной, которую действительно жалко, и которая выстроила себе линию поведения. Болезнь изменила ее жизнь. И не потому, что она меняется в течение болезни, а именно логично... вернее, это психологически понятно, что любое действие она теперь оценивает с точки зрения болезни. Вот такой односторонний контроль — контроль за своей психической дея-

тельностью с точки зрения психической болезни. Согласитесь? И в этом отношении какой-то элемент моральной ипохондрии, эта озабоченность своей психической деятельностью даже в хорошем состоянии, психологически понятны. Я бы обратила внимание на то, что больная на протяжении многих лет, несмотря на клишированность ее состояния, получает все время разные лекарства. Даже были периоды, когда ее лишали стабилизаторов настроения. То, что происходит с этой больной, четко отражает всю подноготную нашей преемственности психиатрической помощи. Потому что, на самом деле, она выходила на одних лекарствах, на следующий раз ей меняли и давали другие лекарства. Хотя она поступала в ту же больницу. Согласитесь? — Да. — Да? И это пример нашей преемственности психиатрической помощи. А как бы Вы охарактеризовали этот феномен в ее маниакальном, когда она фактически не помнит все, что было при этом. Это как элемент какого-то измененного сознания. Согласитесь? Ведь она не может назвать поступки, которые совершались, и так далее. Видно, это было очень тяжелое маниакальное состояние, при котором происходит сужение временного интервала, она не помнит, сколько оно продолжалось. Она как бы прессует все эти события в одно. У нее время летит, и она не помнит, она мне не может назвать. Вроде какие-то события она вспоминает, но я более чем уверена, что она вспоминает то, что Вы ей все рассказывали, что было, что мама ей рассказывала, как она тратила деньги. Вот этот феномен сжатия времени в маниакальном состоянии очень интересен. И естественно, это все пишут, и в депрессии он длится необыкновенно. Несмотря на то, что длительность мании у нее превосходила длительность депрессивного состояния. Да? — Ну, пожалуй... да. Активно. — Поначалу у нее длительность мании была намного больше, чем здесь. И вот, видите, как идет. В принципе, движение-то в положительную сторону, наверное, да? А динамика? Динамика биполярного расстройства. В более положительную сторону идет? — Безусловно, последние полтора-два года мы наблюдаем у нее интерес, чего не наблюдали ранее... Поэтому это можно расценивать как положительную динамику. — 8 месяцев, да? И у нее все-таки суицидальные идеи пропали. Согласитесь? — Ну, здесь не полностью я могу с Вами согласиться. Она все равно даже сейчас говорит периодически о том, что жизнь бессмысленна и бесцельна. — Да, это мысли. — Тут суицидальный риск, по моему мнению, продолжает оставаться высоким. — Все равно он высокий, да. Но, в принципе, положительная динамика есть. А что бы Вы сказали об изменениях личности больной? Какого они круга? В том, что после болезни есть изменения личности, у меня нет сомнений. — Вы имеете в виду, в плане диагностики? Процессуальное ли это заболевание? — Да. Скажите, что Вас настораживает в этом отношении? — Меня несколько настораживает па-

радоксальность мышления. Оно периодически проскальзывает. — Можете сказать, в чем? — Ну, наверное, здесь немножко затрудняюсь. — Кто видит еще какие-то шизокарные изменения личности у пациентки? — Незрелая, пассивная. С инфантилизмом. — Следует сказать, что у нее в детстве все было не очень благополучно, у нее был выраженный дизонтогенез. Фактически с торможением развития и с опережением интеллектуальной составляющей, выраженный дизонтогенез. Тот, который, между прочим, характерен как раз для эндогенного проградентного течения. Но что мы сейчас думаем насчет изменения личности больной? В какую сторону идут изменения личности? — Ну, сложно сказать, потому что, с одной стороны, конечно, вроде отчетливые признаки биполярного расстройства, а с другой стороны, то, что мы сейчас видим в ее статусе, немножко непохоже на то, как биполярные пациенты рассказывают про свою болезнь. Смущает ее маниакальная фаза. Потому что, хотя я соглашусь, что есть ощущение изменения времени в этих фазах, но все-таки пациенты о них вспоминают эмоционально насыщено. Я, честно говоря, еще ни разу не видел биполярного больного, который бы не помнил этих своих фаз, хотя можно предполагать, учитывая социальный контекст этого разбора, что она могла что-то недогваривать, особенно из-за того, что у нее были асоциальные нарушения поведения. Получается, что фактически фазы мании для нее протекали по типу фуги, которая начиналась после того, как она употребляла алкоголь. — Даже до. Она сказала: сначала радость-радость. — Приподнятое настроение, а потом такое компульсивное употребление алкоголя и провалы в памяти. А в статусе, не знаю, может, слово не очень хорошее, но она как блаженная. Когда на нее смотришь, она такая пассивная, подчиняемая, ее не смущает то, что она... У нее нет никакого личного пространства. Такое ощущение, как будто она вообще пропала, ее нет в этой жизни. Такие изменения — в сторону процессуального заболевания. Она вообще довольно формально общается. Хорошо то, что она все-таки мимически контактна, она реагирует эмоционально на ваши слова, на юмор реагирует. Но в то же самое время такое ощущение, что она даже про свое заболевание рассказывает так, как будто прочитала про него в учебнике, — очень формально, очень социально желательно. В мышлении, один раз проскользнула парадоксальность, когда она ответила на Ваш вопрос, с кем Вы живете, — “с балконом”. Но это единично. — Да. И что Вас настораживает? — Настораживает нетипичная маниакальная фаза и те изменения, которые сейчас приведены в статусе, личностные изменения. — Я в принципе согласна с Вашей оценкой личностных изменений, с тем, что она стала более зависимой. Видно, что там в семье происходит полный бедлам, но я считала, что не обязательно это выяснять здесь при всех. Ясно, что это за под-

руги, которые просят ее посидеть с детьми. Она зависимая стала. Зависимая от бабушки, зависимая от подруг, зависимая от ситуации. Но в то же время я обращаю Ваше внимание — что особой аутизации у нее нет. Я понимаю, она формальна стала. Она более формально стала общаться, она формально сразу начала разговор, как ей хорошо в психиатрической больнице, хоть записывая в книгу жалоб или поздравлений. И весь разговор носил достаточно формальный характер. — *Есть один момент, который мы обсуждали между собой. У нее четкий органический и врожденный фон, косоглазие, и все. Она внушаема. Она социализирована и в определенной степени понимает, что выгодно говорить, а что нет, она все-таки себя хочет показать положительно. Поэтому она, может быть, маниакальные свои состояния не то, что не помнит, — она, может быть, многое не хочет говорить, потому что она в этих состояниях ведет себя антисоциально, она же это все знает. И даже ее мотивировка, почему она не хочет влюбляться и так далее, она говорит о том, что она себя как-то ограждает, потому что боится. Как любой тяжелобольной человек, она выбирает для себя нишу, в которой ей более комфортно существовать. Она боится каких-то нагрузок, стрессов, потому что она не знает, как она на них отреагирует. И если депрессия ей тяжела как состояние, то противоположного, мне кажется, она просто его боится. Причем, у нее ведь были все-таки достаточно выраженные токсикационные моменты, это тоже усиливает органику. Поэтому эти личностные компоненты, мне кажется, во многом этим обусловлены, и поведение ее. Я не могу сказать, что на меня она произвела впечатление формальной, — скорее, осторожной. Она много переспрашивала, она как-то старалась все-таки быть человеком, так, как она себе представляет. А поскольку интеллект у нее все-таки существует, то она держит себя в определенных рамках. А в плане диагностики, мне кажется, что это биполярное расстройство, потому что, если бы это был процесс такой грубый, такой длительный, то мы бы видели немножко другую личность. А она, в общем-то, вызывает симпатию, сочувствие, ей хочется помочь, и даже в каких-то своих состояниях, и депрессивных, и маниакальных, эта личность все-таки существует.* — Ну, понятие “сочувствие” — это очень относительно. — *Это психологизм. Да. Но, тем не менее. Если себя считать более-менее человеком адекватным, то ты симпатизируешь тоже.* — Я с Вами совершенно согласна в том, что это ограничительное поведение, которое у нее существует, во многом определяется ее опытом болезни. — *Она боится. Первые два года она вообще из больницы не выходила. Были очень частые госпитализации.* — А я имею в виду — в обычной жизни она ограничивает себя, опасаясь фактически. Но если у больного, например, с паническими атаками это носит характер избегающего

поведения, то у нее это — уклоняющееся. Уклоняющееся от тех событий, которые могут оцениваться как опасные или привести к развитию болезненного состояния. А фактически это жизнь. Например, она не может послать резюме, потому что она опасается, что это является или может явиться проявлением ее мании. Это элемент какого-то ограничительного такого уклоняющегося психологического состояния.

Марк Евгеньевич, будьте любезны, разрешите наш спор. Не спор, извините, а медицинскую психиатрическую дискуссию.

М. Е. Бурно: Мне трудно выступать, потому что когда говорят тихо, как Полина, я почти ничего не слышу. Все остальное слышу и докладчице благодарен. Поэтому могу сказать только то, что могу сказать, не зная толком содержания беседы Полины с Аллой Сергеевной.

Смотрел, как беседуете. Это было выразительно. Создавалось у меня впечатление, что понимаете друг друга, Полина это показывала по-своему. Кивала и загадочно улыбалась. Эта загадочность была неживая, была слишком подчеркнутая, формально ходульная, внешняя. Было видно то, что сейчас говорила Алла Сергеевна, как пациентка себя огораживала, да, от того, что ей не нужно.

Алла Сергеевна отметила, что это действительно случай не частый, когда такое громадное количество приступов, да, тяжелых приступов с недобровольной госпитализацией, с суицидальными переживаниями и попытками. И если этот разговор был таким, каким я его видел, то создается впечатление, что это, быть может, открывается вторая жизнь в последние 10 – 12 лет, то, что называется надлом жизни, то, что описывал Вильгельм Майер-Гросс, немецко-английский психиатр, когда после тяжелых остропсихотических приступов человек входит в другое жизненное состояние личности. Но чтобы это была подлинная “новая жизнь”, важно, чтобы Полина в своём инвалидном состоянии жила каким-то полезным делом. Сейчас у неё нет острой психотики. Но это другое состояние личности, это уже другая жизнь. Личность сдвинулась шизофреническим процессом. У меня такое возникло впечатление, потому что во всей этой беседе, в статусе сегодняшнем мне почувствовалась иная, дефектная, законченность новой личной жизни. Она переводчица, лингвист, закончила, институт. И теперь к этому своему делу не стремится, не способна к нему. Последние 10 – 12 лет — однообразное состояние переваливания из атипичной психопатоподобной мании в депрессию или апатическую пустоту, всё это проникнуто тягостным душевным страданием, неуютом, в котором пьёт водку, чтобы легче стало, работать почти не получается, живёт на группе инвалидности, вот такая новая инвалидная жизнь; во многом, по-моему, кажется, эта жизнь, в которую она перешла, причинена и тяжёлыми лекарствами, но это

уже сегодняшнее лечение стандартное. По существу ни к чему не стремится.

Ведущий: Ну, на это реально надо смотреть. Она не вылезает из больниц.

М. Е. Бурно: Конечно. Вообще, обычные шубообразные пациенты — для меня это шубообразная шизофрения, и биполярное аффективное расстройство тут это косметика — ... Обычные шубообразные пациенты в своей ремиссии чаще остаются в своей “языковой” профессии, другое дело, сниженной, но остаются. А Полина выпадает как специалист из прежней жизни, стала личностно другой, инвалидом (если это можно назвать “новой жизнью”), она понимает, что хронически больна, что ей не до замужества. Это шубная аффективная и другая психотика расплылись в “новую жизнь”. Несчастливая, схизисно разлаженная женщина. Задача в том, чтобы реабилитационно приспособить её к какому-то творческому делу. Именно творческому, чтобы в этом творчестве, в выполнении какого-то дела неповторимо по-своему, с душевной охотой выражалось и собиралось её разлаженное “Я”, и душа начинала при этом светиться каким-то смыслом. Может быть, попробовать это делать через стихи, которые она писала. Но это уже особая тема терапии творчеством в реабилитации. Спасибо!

Ведущий: Понимаете, у меня тоже такая точка зрения. Но я считаю, что речь идет об очень неблагоприятном течении биполярного расстройства. Катастрофически неблагоприятном, еще раз подчеркиваю, которое приходится на первую половину жизни. Мы же знаем биполярных больных, которые очень успешны, которые в этой своей мании становятся предпринимателями и какие-то идеи выдвигают. И все ждут этого маниакального или гипоманиакального состояния. Что происходит у нее в этом гипоманиакальном состоянии? Наркотики, алкоголизм, поведенческие расстройства. Не столько аффект, как само по себе приподнятое настроение, сколько поведенческие расстройства. Так же, как и в депрессии суицидальные попытки. Кроме того, это фактически конти-

нуальное течение или потом — как сдвоенные фазы, но удивительно, что это не аффект, а поведенческие расстройства, которые и приводят все время ее в психиатрическую больницу. Что отличает ее эйфорические, маниакальные состояния, когда весело, любовь? Где любовь? 20 лет, и все. И больше никакой любви. Потому что нет этого свойственного мании повышенного настроения... Вернее, оно как бы есть, но недавно ей ставили смешанное состояние. Мы не можем сейчас оценить. Или это получится так же, как эпилептический припадок. Милиционер сказал, они записали.

Я очень аккуратно отношусь к диагностике, но сейчас дело не в этом. Я не могу здесь выделить никакие симптомы, которые были бы характерны для изменения личности у больных шизофренией. То, что тяжелая болезнь оставляет за собой изменение личности, не вызывает никаких сомнений. Это тяжелое расстройство. Это первое, что я сказала.

То, что у нее и память, и внимание плохие, ясно. Она мне посчитать не могла в 32 года, а я сосчитала. И за врача-докладчика сосчитала, потому что он мне не годы говорил, вернее, не возраст больной, а годы, а я тут тихо считаю все. То, что у нее астенизация, это нормально для тяжелой болезни. То, что у нее психологическая защита как бы выстроилась из-за этого, зависимость полная, тоже понятно. Ведь она не была такой зависимой. Она, наоборот, была активной, целеустремленной в молодости. Откуда такая зависимость?

Думаю, что просто это не полярно, надо подчеркнуть этот атипичный характер мании, атипичный характер депрессии и неблагоприятное течение. А почему? Мы что, не знаем, когда пациенты с маниакально-депрессивным психозом являются инвалидами? Что, нет таких больных? Обязательно шизофрения должна инвалидизировать? Конечно, если болезнь протекает так неблагоприятно. И еще раз прошу принять во внимание преемственность лечения.

Есть еще какие-нибудь мнения? Тогда я вас всех благодарю. Спасибо.

Сохранение врачебной тайны после смерти пациента

Ю. Н. Аргунова

Анализируются правовые и этические нормы, предусматривающие запрет в предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, после смерти человека, а также нормы, содержащие исключения из общего правила. Рассматривается вопрос о допустимости предоставления близкому родственнику или супругу меддокументов умершего лица при отсутствии на то его прижизненного согласия, в т.ч. в целях обращения в правоохранительные или иные органы при наличии сомнений в своевременности и качестве оказанной этому лицу медицинской помощи. Приводятся правовая позиция Конституционного Суда РФ, примеры из судебной практики.

Ключевые слова: врачебная тайна; смерть пациента; неразглашение.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон об охране здоровья) не допускает разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, после смерти человека (ч. 2 ст. 13). Этот запрет распространяется на лиц, которым эти сведения стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей.

Как следует из ч. 1 ст. 73 Закона об охране здоровья, медработники в своей деятельности руководствуются не только нормами законодательства, но и принципами медицинской этики и деонтологии. Так, в Женевской декларации (Международной клятве врача), принятой 2-й Генассамблей Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) в сентябре 1948 г., записано, что врач принимает на себя обязательства уважать доверенные ему секреты даже после смерти своего пациента. Согласно Международному кодексу медицинской этики, принятому 3-й Генассамблей ВМА в октябре 1949 г., смерть больного не освобождает врача от обязанности хранить врачебную тайну. Это же правило зафиксировано в Основах концепции прав пациента в Европе, принятых ВОЗ в 1994 г.

Норма об обязанности врача хранить врачебную тайну и после смерти пациента содержится в Этическом кодексе российского врача (утв. 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г.), в российском Кодексе профессиональной этики психиатра (принят на Пленуме Правления РОП 19 апреля 1994 г.), в Кодексе профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 5 октября 2012 г.).

Предоставление меддокументов умершего лица его близкому родственнику или супругу возможно, если лицо оставило на этот счет соответствующее

распоряжение. Из общего правила, установленного ч. 2 ст. 13 Закона об охране здоровья, есть, впрочем, исключения, о которых в ст. 13 не указывается. Одно из них касается порядка выдачи медицинского заключения о причине смерти и диагнозе заболевания умершего гражданина. Согласно ч. 5 ст. 67 Закона об охране здоровья такое заключение выдается супругу, близкому родственнику — детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и сестрам, внукам, дедушке, бабушке. При их отсутствии заключение выдается иным родственникам либо законному представителю¹ умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему госконтроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу по контролю качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию². Закон предоставляет супругу, родственникам либо законному представителю умершего право обжаловать в суде за-

¹ В законодательстве имеется разночтение по вопросу о правах законного представителя недееспособного лица после смерти последнего. Согласно п. 1 ч. 1 ст. 29 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ “Об опеке и попечительстве” (далее — Закон об опеке) в случае смерти подопечного опека прекращается. Следовательно, после констатации смерти недееспособного лица его опекун или организация, осуществлявшая в отношении него опекунские функции, утрачивает права и обязанности, вытекающие из статуса законного представителя. Представляется, что в Закон об опеке следует внести уточнение о моменте прекращения исполнения опекуном своих полномочий в отношении умершего подопечного, а также о документе, на основании которого опека прекращается.

² Аналогичная норма предусмотрена п. 6 Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 2 мая 2012 г. № 441н).

ключение о результатах патолого-анатомического вскрытия.

На основании данной нормы супруг, близкий родственник вправе получить лишь заключение о причине смерти и диагнозе заболевания умершего и не вправе просить медицинскую организацию предоставить иные меддокументы (их копии), в т.ч. в целях проверки качества оказанной умершему пациенту медицинской помощи³.

Так, Кавказский районный суд Краснодарского края (решение от 15 июня 2012 г. по делу № 2-594/12) удовлетворил иск Дроздова Н. А. к администрации районной больницы лишь частично. Суд наложил на главврача обязательство выдать Дроздову как супругу умершей пациентки медицинское свидетельство о ее смерти и копию протокола установления смерти, сославшись на Рекомендации по порядку выдачи и заполнения учетной формы № 106/у-08 “Медицинское свидетельство о смерти”, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. № 782н (письмо Минздравсоцразвития России от 19 января 2009 г. № 14-6/10/2-178). При этом суд отказал Дроздову в возможности ознакомиться с подлинниками историй болезни умершей, а также амбулаторной картой из архива и получить их копии.

Суды, как правило, отвергают доводы родственников умерших о том, что они вправе получить любые меддокументы умершего, поскольку фактически врачебная тайна пациента уже была, по их мнению, разглашена в результате выдачи им заключения о причине его смерти и диагнозе.

Так, Октябрьский районный суд г. Барнаула (решение от 4 сентября 2013 г. по делу № 2-2900/13) оставил без удовлетворения заявление мужа и дочери умершей Панченко Л. Н. о признании незаконными действий главврача больницы по отказу в выдаче им копии ее истории болезни. Копия документа была необходима им для оценки качества оказанной пациентке медицинской помощи и выявления признаков состава гражданского правонарушения. Заявители считали, что запрет на разглашение врачебной тайны в отношении умершего “снимается”, поскольку близким родственникам, взявшим на себя обязанность по погребению умершего, выдается документ, содержащий данные о состоянии его здоровья. По их мнению, ответчик фактически уже нарушил указанный им самим основополагающий Закон об охране здоровья, предоставив справку и свидетельство о смерти, которые содержат сведения, составляющие врачебную тайну, а именно диагноз. Статья 13 Закона об охране здоровья действительно не содержит такого основания для предоставления сведений, но оно, по мнению заявителей, вы-

текает из ст. 6 и 8 Федерального закона “О погребении и похоронном деле”.

Суд не согласился с заявителями и пришел к выводу, что отказ главврача больницы соответствует требованиям ч. 2 ст. 13 Закона об охране здоровья о запрете разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, и после смерти гражданина.

Исключение из общего правила, в силу которого близким родственникам предоставляется медзаключение о причине смерти гражданина и диагнозе заболевания (ч. 5 ст. 67 Закона об охране здоровья), по мнению суда, свидетельствует не о нарушении медучреждением врачебной тайны (как на это указывали заявители), а о том, что законодатель в данном случае интересы родственников умершего по получению информации поставил выше интересов личности, чье право на тайну сохранялось при его жизни. Закон, обеспечивавший охрану права гражданина на врачебную тайну при его жизни, обязывает медработников передать часть конфиденциальных сведений о здоровье умершего члену его семьи в объеме, определенном ч. 5 ст. 67 Закона об охране здоровья. Запрет на предоставление информации после смерти гражданина за вышеуказанными исключениями распространяется на всех лиц, включая близких родственников. Нельзя исключить ситуацию, когда гражданин ни при каких обстоятельствах не желает, чтобы сведения о состоянии его здоровья, другая информация, отраженная в его истории болезни, стали достоянием даже близких ему лиц.

Суд отклонил доводы заявителей о том, что, не изучив историю болезни, они не смогут решить вопрос о наличии либо отсутствии оснований для предъявления иска в суд о компенсации морального вреда, поскольку в случае предъявления необоснованного иска будут вынуждены нести судебные расходы на оплату госпошлины, проведение судебно-медицинской экспертизы, услуг представителя. Суд указал, что избрать способ защиты нарушенного права, как собственно и решить вопрос о том, считает он свое право нарушенным или нет, гражданин может на основании имеющейся либо полученной в установленном порядке информации с учетом конкретных жизненных обстоятельств, о которых ему известно. Со своей стороны суд при обращении гражданина с соответствующим иском обязан оказать ему содействие в получении сведений и документов, которые не могут быть предоставлены гражданину лично в силу закона. Гражданин также не лишен права обратиться в органы, осуществляющие госконтроль качества медицинской помощи, без взимания какой-либо платы.

Представляется несколько спорным утверждение суда о том, что в данном случае интересы родственников умершего лица поставлены законодателем выше интересов самого умершего. Как это ни парадоксально, но выдача родственникам заключения о причинах смерти пациента, его диагнозе служит интересам не только родственников, но и самого умершего. Например, вопрос об обоснованности выставленного ему диагноза может стать решающим при оценке осознанности совершенных им юридически значимых действий накануне своей смерти (при составлении завещания, подписании договора дарения и т.д.). Правило о выдаче заключения о диагнозе и причинах смерти

³ В этой связи противоречащим законодательству следует считать положение п. 1.15. Декларации о правах пациентов в России (принята Первым Всероссийским конгрессом пациентов 28 мая 2010 г.), в соответствии с которым в случае смерти пациента члены его семьи имеют право знакомиться с оригиналами всех его медицинских документов и получать их копии.

служит также общим целям оказания гражданам качественной медицинской помощи.

В другом похожем деле муж умершей пациентки, получив заключение о причине ее смерти и диагнозе, счел необходимым провести независимую экспертизу. Но больница отказала ему в предоставлении для этих целей амбулаторной карты жены, рентгеновских снимков, протокола патолого-анатомического исследования трупа. Ему не выдали также подготовленные региональным управлением Роспотребнадзора акты проверок качества оказания жене медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического состояния больницы. Суд отказал ему в удовлетворении исковых требований об обязанности больницы предоставить меддокументацию⁴. Было указано, что проведение независимой экспертизы не является исключительным основанием к предоставлению сведений, составляющих врачебную тайну, т.к. оно не входит в закрытый перечень, предусмотренный ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья. Суд признал необоснованным довод истца о том, что отказ в предоставлении ему меддокументации жены нарушает его конституционное право на получение информации. Конституция РФ закрепляет общие положения о правах и свободах человека и гражданина, в то время как федеральными законами, в т.ч. Законом об охране здоровья, устанавливаются ограничения на доступ к информации, представляющей врачебную и иную тайну.

В другой аналогичной ситуации дочь умершей пациентки пыталась в суде доказать, что информация, содержащая врачебную тайну и имеющая ограниченный доступ, со смертью пациента трансформируется и возникает безусловная возможность получения такой информации родственниками умершего или по усмотрению медучреждения в иных случаях. По ее мнению, предоставление данной информации не является нарушением врачебной тайны ввиду отсутствия субъекта правоотношений и не влечет ответственность медучреждения. Она полагала, что родственники вправе знать обстоятельства смерти близкого человека и принять решение о наличии или отсутствии права на компенсацию морального вреда в связи с его кончиной. Истица утверждала, что отказ врача предоставить меддокументацию провоцирует ее на обращение в суд с таким иском. Она же, наоборот, старается избежать необоснованного и бесполезного обращения в суд, поскольку это повлечет неоправданные значительные судебные расходы, как со стороны истцов, так и со стороны государства. Суд не принял доводы истицы и отказал в удовлетворении ее требований к больнице. При этом суд отметил, что истица не использовала предоставленное ей законом право на ознакомление с запрашиваемой информации

⁴ Апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Ярославского облсуда от 31 октября 2013 г. № 33-6487/2013.

ей при обращении с иском в суд, при обращении в правоохранительные органы для решения вопроса о возбуждении уголовного дела, а также к прокурору с заявлением о проведении проверки в порядке надзора за соблюдением прав и свобод человека и гражданина.⁵

Судьи считают правомерным отказ (в т.ч. со стороны Минздрава России) родственникам умершего пациента в предоставлении не только меддокументов пациента, но и сведений о том, в какое медучреждение он был госпитализирован, поскольку факт обращения за медицинской помощью также относится к врачебной тайне.⁶

В судебной практике встречаются, впрочем, и прямо противоположные решения, обязывающие медорганизации выдавать членам семьи умерших любую меддокументацию пациентов. С общечеловеческих позиций такие решения находят понимание, однако, в правовом отношении они несостоятельны.

Так, Мирнинский районный суд Республики Саха (Якутия) своим решением от 19 декабря 2012 г. (дело № 2-А1-775/2012) счел «целесообразным» удовлетворить иск Опиваловой Е. В. и обязал больницу в двухнедельный срок предоставить истице помимо заключения о причине смерти и диагнозе ее мужа, также копии его амбулаторной карты, результатов анализов биопсии, пункции и гистологии. Доводы больницы о том, что Опивалова не является представителем своего умершего мужа и не вправе требовать сведения, составляющие врачебную тайну, суд посчитал незаконными. С точки зрения суда, истица в силу наличия свидетельства о заключении брака является законным представителем мужа. Исходя из принципов гуманности, разумности и справедливости переживший супруг имеет полное право защищать права и законные интересы умершего супруга. При этом суд сослался на ст. 17 ГК РФ о прекращении правоспособности гражданина его смертью и ч. 4 ст. 1 СК РФ о недопущении ограничения прав граждан в семье.

С такой аргументацией суда трудно согласиться.

Во-первых, супруги, зарегистрировавшие свой брак, не приобретают статус законных представителей друг друга, не приобретает такого статуса и переживший супруг. Законных представителей, т.е. представителей в силу закона, имеют несовершеннолетние, а также недееспособные граждане. В силу положений ст. 26, 29, 31, 33, 34 ГК РФ, ст. 52 ГПК РФ законными представителями выступают родители, усыновители, опекуны, попечители. Представительство (по доверенности) интересов мужа по вопросам оказания ему медицинской помощи, а также в случае его смерти

⁵ Апелляционное определение Судебной коллегии по гражданским делам Новосибирского облсуда от 1 декабря 2015 г. № 33-10425/2015.

⁶ Апелляционное определение Судебной коллегии по административным делам Мосгорсуда от 18 февраля 2016 г. № 33а-4660.

супруги не оформляли. Доводы больницы, следовательно, достаточно убедительны.⁷

Во-вторых, суд сослался на нормы гражданского и семейного права, не имеющие отношения к существу спора. Правоспособность, которую утратил мужчина вследствие своей смерти, его вдове не переходит. Не было допущено и ограничения прав истицы в сфере семейных правоотношений, поскольку СК РФ не регулирует вопросы представительства интересов супругов при оказании им медицинской помощи, а также их интересов после смерти. Кроме того суд никак не конкретизировал те пациентские права и законные интересы, на защиту которых праве рассчитывать умерший супруг.

Как следует из судебной практики, близкий родственник умершего пациента не вправе получить копию его истории болезни даже в том случае, когда у родственника есть доверенность, составленная пациентом при жизни, на право получения его меддокументации.

Так, Судебная коллегия по гражданским делам Мурманского облсуда (апелляционное определение от 23 октября 2013 г. № 33-3584/2013) оставила без изменения решение Кольского районного суда об отказе в удовлетворении иска Гулько Э. И. к районной больнице о возложении обязанности выдать копии меддокументов его умершей матери Х.

Находясь в больнице, мать Гулько в нотариальном порядке оформила на сына доверенность на представление ее интересов во всех учреждениях с правом получения различного рода документов. Кроме того в ее истории болезни дежурный врач сделал запись о волеизъявлении Х. на передачу ее сыну информации о состоянии ее здоровья. В период пребывания Х. в больнице ее лечащий врач предоставлял Гулько информацию о состоянии здоровья и прогнозе развития заболевания Х. От имени матери он подписывал согласие на медицинское вмешательство, получил посмертный выписной эпикриз.

После смерти матери истец дважды обращался к ответчику с заявлением о выдаче копии истории болезни Х. для изучения результатов обследования, оценки полноты и правильности проведенного лечения, но ему было отказано со ссылкой на врачебную тайну. Гулько указал, что ч. 3 ст. 13 Закона об охране здоровья не установлено прекращение действия письменного согласия гражданина на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, с момента его смерти. Генеральная доверенность, выданная его матерью, не оспаривалась и недействительной не признавалась. Она содержит волеизъявление матери на предоставление ее сыну всех причитающихся ей документов, в т.ч. содержащих медицинскую тайну.

⁷ Обоснованной в этой связи представляется позиция Привокзального районного суда г. Тулы. Суд признал правомерным отказ ФКУЗ “МЧС МВД России по Тульской области” в выдаче Семеновой С. В. для ознакомления истории болезни ее умершего мужа С. Суд в своем решении от 13 мая 2014 г. (дело № 2-652/2014) указал, что при жизни С. не давал согласия супруге на получение информации об имеющихся у него заболеваниях и проведенном лечении. Вдова умершего его законным представителем не является.

Суд указал, что законом не предусмотрено предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, родственнику умершего пациента независимо от степени родства (в т.ч. для целей, заявленных истцом) при отсутствии согласия пациента. Перечень случаев предоставления таких сведений без согласия пациента является исчерпывающим. Тот факт, что Х. при жизни выдала на имя Гулько доверенность на право представления ее интересов во всех учреждениях с правом получения документов, не свидетельствует о согласии Х. на предоставление (разглашение) сведений о состоянии ее здоровья, диагнозе, результатах обследования и лечения после ее смерти. Предоставление Гулько сведений, составляющих врачебную тайну, в отношении матери в период ее лечения не служит основанием для предоставления таких сведений после ее смерти при отсутствии доказательств, подтверждающих это право. На основании подп. 5 п. 1 ст. 188 ГК РФ⁸ действие доверенности прекращается вследствие смерти гражданина, ее выдавшего.

Решение суда, хотя и обосновано, но не вполне справедливо. Трудно себе представить, чтобы мать, оформляя доверенность на имя сына на право получения документов, в т.ч. медицинских, рассчитала ситуацию и на случай своей смерти в медучреждении, специально оговорив в доверенности свое согласие на предоставление сыну копии истории болезни, если у него возникнут сомнения в обоснованности проводившегося ей лечения. Однако факт остается фактом: в ряде случаев при составлении доверенностей, при фиксации в меддокументах волеизъявления пациента целесообразно учитывать различные варианты развития событий. Поскольку медицинские организации в большинстве своем не заинтересованы в специальном оформлении такого волеизъявления больного и соответственно в последующей выдаче меддокументации его доверенным лицам, “бремя инициативы” в этом вопросе лежит на самом пациенте и его близких.

Есть у этой проблемы и еще один аспект. По нашему мнению, обоснованность безоговорочного правового запрета в предоставлении близким родственникам умершего возможности ознакомиться с его меддокументацией не столь очевидна, в особенности, когда это касается не супруга, а детей умершего. С одной стороны, понятно желание каждого сохранить втайне от детей подробности возникновения, течения заболевания, а также другие конфиденциальные сведения. С другой стороны, известно о влиянии наследственного фактора на развитие многих, в т.ч. психических заболеваний. Врачи при сборе анамнеза обязаны поинтересоваться у пациента, в каком воз-

⁸ Седьмой арбитражный апелляционный суд (постановление от 9 февраля 2017 г. № 07АП-11893/16), сославшись на эту же норму, указал, что согласие на предоставление меддокументов, выраженное в Анкете о состоянии здоровья, является доверенностью, действие которой прекращается вследствие смерти лица.

расте и чем болели его родственники и, в первую очередь, родители, какими расстройствами страдают сестры, братья. Важную роль могут сыграть не только сведения о диагнозе, но и результаты исследований, рентгеновские и иные снимки. От информированности в данном вопросе зависит то, насколько своевременными и эффективными окажутся меры профилактики возможного развития того или иного наследственного заболевания, влияющего на качество жизни человека. В этом смысле близкий родственник все же должен иметь право на получение определенной информации. Она может быть необходимой при получении медико-генетических консультаций в рамках ст. 15 СК РФ, ст. 51 Закона об охране здоровья. Это право, как представляется, является производным от предусмотренного ст. 23 Закона об охране здоровья *права граждан на "получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние"*.

При разрешении споров в данной сфере правоотношений необходимо учитывать правовую позицию Конституционного Суда РФ, выраженную им в *Определении от 9 июня 2015 г. № 1275-О по жалобе Зубкова В. Н.* По мнению заявителя, положения ч. 2, 3 и 4 ст. 13 Закона об охране здоровья противоречат ст. 29 (ч. 4) и ст. 41 (ч. 3) Конституции РФ, поскольку исключают возможность предоставления близкому родственнику, супругу медицинских сведений, касающихся умершего лица, при отсутствии его прижизненного согласия на это, в т.ч. в случае, когда сомнения в своевременности и качестве оказанной пациенту медицинской помощи обуславливают намерение обратиться в правоохранительные органы или в суд.

Обстоятельства дела таковы. Авиастроительный районный суд г. Казани (решение от 21 мая 2014 г.) признал незаконными действия главврача Городской больницы № 11 г. Казани, отказавшего Зубкову в выдаче копии амбулаторной карты его умершей супруги со ссылкой на то, что он не является ни ее доверенным лицом, ни законным представителем. Суд указал, что отказ в предоставлении документов является грубым нарушением конституционных прав заявителя как наследника умершей.

Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Республики Татарстан (апелляционное определение от 21 июля 2014 г.) решение суда отменила и приняла новое — об отказе в удовлетворении заявления Зубкова. Указывалось, что факты наличия зарегистрированного брака и получения Зубковым меддокументов жены при ее жизни не свидетельствуют о его праве на получение таких документов после ее смерти.

Минздрав РТ в ответ на требование Зубкова проверить качество оказанной его супруге медицинской помощи и рассмотреть вопрос о возможности предос-

тавления ему копии ее амбулаторной карты лишь разъяснил ему норму о врачебной тайне и указал на подтвержденную судом правомерность отказа в выдаче меддокументов. Территориальное управление Следственного комитета РФ, ссылаясь на результаты ведомственного контроля, уведомило Зубкова, что нарушений на амбулаторном и госпитальном этапах оказания его жене медицинской помощи не выявлено. Оснований для проведения процессуальной проверки в порядке ст. 144 – 145 УПК РФ не имеется. Из его обращения наличие признаков преступления не усматривается.

Конституционный Суд указал, что Конституция РФ, запрещая сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия (ст. 24, ч. 1), одновременно гарантирует каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41, ч. 1). Исходя из этих положений законодательство о персональных данных, не допускающее, по общему правилу, обработку данных о состоянии здоровья граждан, в качестве исключения предусматривает возможность их обработки в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что такая обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным по закону сохранять врачебную тайну.

В то же время Конституция РФ (ст. 29, ч. 4) закрепляет право каждого свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию любым законным способом, а ее ст. 24 (ч. 2) — обязанность органов государственной власти и органов местного самоуправления, их должностных лиц обеспечить каждому возможность ознакомления с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы, если иное не предусмотрено законом. В силу этого любая затрагивающая права и свободы гражданина информация (за исключением сведений, содержащих гостайну, сведений о частной жизни, а также конфиденциальных сведений, связанных со служебной, коммерческой, профессиональной и изобретательской деятельностью) должна быть ему доступна, при условии, что законодателем не предусмотрен специальный правовой статус такой информации в соответствии с конституционными принципами, обосновывающими необходимость и соразмерность ее особой защиты.

Медицинская информация, касающаяся не самого гражданина, а его умерших близких (родственника, супруга и т.д.), как связанная с памятью о дорогих ему людях, может представлять для него не меньшую важность, чем сведения о нем самом. Поэтому отказ в ее получении, особенно в тех случаях, когда наличие такой информации помогло бы внести ясность в обстоятельства их смерти, существенно затрагивает его права — как имущественные, так и личные неимуще-

ственные. В то же время подобная информация составляет врачебную тайну не только при жизни лица, но и после его смерти. Учитывая, что гарантии защиты чести и достоинства умершего и доброй памяти о нем не могут быть исключены из сферы общего (публичного) интереса в государстве, где человек, его права и свободы являются высшей ценностью, введение законодателем ограничений на предоставление третьим лицам медицинских сведений в отношении умершего гражданина отвечает этим конституционным положениям. Между тем, когда речь идет о смерти человека, не ставится под сомнение реальность страданий членов его семьи. Это тем более существенно в ситуации, когда супруг или близкий родственник имеет подозрение, что к гибели его близкого человека привела несвоевременная или некачественно оказанная медицинская помощь.

Европейский Суд по правам человека (далее — ЕСПЧ) считает в принципе допустимым разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам при условии, что причины такого вмешательства в тайну частной жизни являются убедительными и достаточными, а предпринимаемые меры — пропорциональными преследуемой законной цели.⁹ Так, ЕСПЧ обращал внимание на необходимость оперативного рассмотрения дел, касающихся смерти людей в больничных условиях, с тем, чтобы причины смерти пациента, находившегося под присмотром лечебного учреждения, как государственного, так и частного, могли быть определены, а виновные привлечены к ответу. В постановлении ЕСПЧ от 27 июня 2006 г. по делу “Быжиковский против Польши” подчеркивалось, что возможные ошибки, допущенные в ходе оказания медицинской помощи, и знания, приобретенные в результате рассмотрения таких дел, должны немедленно обобщаться и доводиться до сведения медработников в целях недопущения повторения подобных ошибок и повышения безопасности пациентов.

В постановлении от 6 июня 2013 г. по делу “Авилкина и др. против России” ЕСПЧ напомнил, что интерес пациента и общества в целом в защите конфиденциальности медицинских данных может быть перевешен интересом в расследовании преступлений, а также гласности судебного разбирательства, если доказано, что эти интересы имеют более серьезное значение. Обязательства государства создавать гарантии судебной защиты от посягательств на жизнь или личную неприкосновенность в медицинской сфере не ограничиваются только уголовно-правовыми средствами. Они могут включать правила о гражданско-правовом возмещении, о дисциплинарных взысканиях.¹⁰

Международное право и конституционные нормы, таким образом, не устанавливают конкретных процедур, в рамках которых заинтересованное лицо может ознакомиться с информацией, содержащей врачебную тайну иного лица. Соответственно, федеральный законодатель обладает определенной свободой усмотрения при создании правовых механизмов, которые — при соблюдении надлежащего баланса защищаемых Конституцией РФ ценностей — позволяли бы заинтересованному лицу осуществлять эффективную защиту (в т.ч. судебную) как принадлежащих ему имущественных прав и нематериальных благ, так и права на человеческое достоинство умершего лица.

Предусмотренный Законом об охране здоровья особый порядок предоставления сведений, содержащих врачебную тайну, исключающий возможность ее получения по требованию третьих лиц, не препятствует участникам и уголовного и гражданского судопроизводства в соответствии с принципом состязательности и равноправия сторон реализовать свое право на защиту путем заявления ходатайств об истребовании этой информации органами дознания и следствия, прокурором или судом. Отказ в удовлетворении таких ходатайств не препятствует в дальнейшем повторно заявлять их в стадии судебного разбирательства, настаивать на проверке вышестоящими судебными инстанциями законности и обоснованности решений, принятых как по этим ходатайствам, так и в целом по результатам рассмотрения дела.

1. По нормам **УПК РФ** органы, осуществляющие следственную проверку сообщения о преступлении, обязаны проверить по существу доводы заявителя и дать им оценку, воспользовавшись предоставленными им законом правами, в т.ч. истребовать и изымать документы, назначать судебную экспертизу (ч. 1 ст. 144 УПК РФ).

Реализация права лица, заявившего о преступлении, ознакомиться со сведениями, ставшими доступными уполномоченным органам (должностным лицам), возможна в силу правовой позиции, высказанной Конституционным Судом в Постановлении от 6 ноября 2014 г. № 27-П. Лицо, по факту смерти близкого родственника которого проводилась следственная проверка, и его адвокат в случае отказа в ознакомлении с материалами проверки сообщения о преступлении со ссылкой на наличие в них сведений, относящихся к гостайне, вправе добиваться принятия всех возможных мер для устранения этого препятствия и получения доступа к тем сведениям, которые свидетельствуют о наличии (либо отсутствии) состава преступления, с тем чтобы иметь возможность сформировать собственную позицию относительно законности и обоснованности процессуальных реше-

⁹ Постановление от 25 февраля 1997 г. по делу “Z. против Финляндии”, Постановление от 27 августа 1997 г. по делу “M. S. против Швеции” и др.

¹⁰ Постановление от 30 октября 2012 г. по делу “E. M. и др. против Румынии”.

ний об отказе в возбуждении уголовного дела, даже если принятие таких мер потребует со стороны должностных лиц и органов, осуществляющих доследственную проверку, дополнительных усилий. Иное противоречило бы принципам, вытекающим из ст. 2 и 18 Конституции РФ.

2. **ГК РФ и ГПК РФ** также предоставляют заинтересованному лицу возможность получить доступ к сведениям относительно качества медицинской помощи, оказанной медучреждением умершему пациенту. Лицо вправе обратиться к медучреждению с иском о возмещении ущерба, причиненного некачественным или несвоевременным оказанием такой помощи. Если для истца представление доказательств затруднительно, то согласно ч. 1 ст. 57 ГПК РФ суд по его ходатайству должен оказать содействие в их собирании и истребовании. Именно на суде лежит обязанность выяснить, какими доказательствами стороны могут подтвердить свои утверждения, какие трудности имеются для представления доказательств, и способствовать в их представлении.¹¹

3. Гражданин, не признанный потерпевшим в рамках уголовного разбирательства и не являющийся стороной гражданско-правового спора, но располагающий сведениями о действиях (бездействии) работников учреждения здравоохранения, которые предположительно повлекли смерть его близкого родственника, супруга, **вправе прибегнуть к помощи прокуратуры**. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина допускается по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением прокурорского надзора (п.3 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья). Предметом надзора является соблюдение прав и свобод человека и гражданина, в частности, органами управления и руководителями медучреждений. Прокурор при проверке заявления, жалобы, иного сообщения о нарушении прав и свобод граждан использует имеющиеся у него полномочия, включая получение доступа к необходимой для осуществления прокурорского надзора информации, доступ к которой ограничен федеральными законами. Прокурор осуществляет, в частности, обработку персональных данных (п.7.1 ч. 2 ст. 10 Федерального закона “О персональных данных”). Проверки исполнения законов проводятся на основании поступивших сведений о фактах их нарушения, требующих принятия мер прокурором, включая информацию, поступившую от граждан.

4. Конкретизацией конституционного права каждого на информацию, гарантией надлежащей защиты его прав, свобод и законных интересов при осуществлении им конституционного права на обращение в госорганы и органы местного самоуправления явля-

ется **право гражданина знакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения его обращения уполномоченными органами и должностными лицами**.¹² Это право, равно как и право гражданина представлять органу (должностному лицу), рассматривающему обращение, дополнительные документы и материалы, право обращаться к нему с просьбой об их истребовании, возможность лично участвовать в рассмотрении обращения позволяют гражданину защищать свои права при объективном, всестороннем и своевременном рассмотрении его обращения (п.1 и 2 ст. 5, п.1 ч. 1 ст. 10 Федерального закона “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации”).

5. Ориентирующий характер применительно к правоотношениям, касающимся врачебной тайны, может носить правовая позиция Конституционного Суда¹³ относительно касающейся умершего лица тайны усыновления, с которой могут быть ознакомлены его близкие.

Конституционный Суд пришел к выводу, что положения законодательства не дают оснований для вывода об отсутствии у суда общей юрисдикции права в каждом конкретном случае решать вопрос о возможности предоставления потомкам усыновленного сведений об усыновлении после смерти усыновленного и усыновителей *в объеме, необходимом для реализации ими права знать свое происхождение* (происхождение своих родителей), обеспечивающем поддержание баланса конституционно защищаемых ценностей, а также прав и законных интересов участников соответствующих правоотношений.

Часть 5 ст. 67 Закона об охране здоровья устанавливает, по сути, изъятие из общего правила о запрете предоставления сведений, составляющих врачебную тайну. В силу ее положений заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику, а при их отсутствии — иным родственникам либо законному представителю умершего. Соответственно, в случае, когда сведения о причине смерти и диагнозе заболевания пациента доступны заинтересованному лицу в силу закона, сохранение в тайне от него информации о предпринятых мерах медицинского вмешательства, в частности о диагностике, лечении, назначенных медицинских препаратах, *не может во всех случаях быть оправдано необходимостью защиты врачебной тайны, особенно с учетом мотивов и целей обращения за такими сведениями*.

В подобных ситуациях **суд при подготовке гражданского дела к разбирательству, правоохранитель-**

¹¹ Пункт 7 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 24 июня 2008 г. № 11 “О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству”.

¹² Определение Конституционного Суда РФ от 7 февраля 2013 г. № 134-О.

¹³ Постановление Конституционного Суда РФ от 16 июня 2015 г. № 15-П.

ные органы — при решении вопроса о возбуждении уголовного дела, а прокурор — при проведении проверки в порядке надзора могут на основе принципов соразмерности и справедливости принять решение о необходимости ознакомить заинтересованное лицо со сведениями, относящимися к истории болезни умершего пациента, в той мере, в какой это необходимо для эффективной защиты прав заявителя и прав умершего лица.

При этом законодатель не лишен возможности в порядке совершенствования нормативно-правового регулирования в данной сфере *предусмотреть конкретные правовые механизмы доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну умершего лица, с со-*

блюдением разумного баланса прав и интересов всех субъектов соответствующих правоотношений.

Конституционный Суд пришел к выводу, что оспариваемые Зубковым законоположения о врачебной тайне не могут рассматриваться как нарушающие его конституционные права и свободы. В представленных им материалах отсутствуют сведения о том, что он выражал намерение ознакомиться со сведениями, содержащимися в материалах проверки следственными органами его сообщения о преступлении, либо оспаривал вынесенное следователем по итогам проверки процессуальное решение, либо обращался с заявлением в прокуратуру. Заявитель не воспользовался и гражданско-правовыми средствами защиты своих прав.

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

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

“Волчий билет” — продолжение истории

В предыдущем номере журнала (НПЖ, 2016-4) мы писали о человеке, которого пытались принудительно перевести из пансионата общего типа в психоневрологический интернат. Это Квасюк Виктор Емельянович. Тогда активная позиция НПА России и, прежде всего, руководителя юридической службы Ю. Н. Аргуновой, заставила суд отменить решение о переводе. Однако администрация пансионата для ветеранов труда № 1, в котором ранее проживал Виктор Емельянович на этом не успокоилась.

Вот какой документ она выдала ему для представления в новый интернат. Это фактически “волчий билет”, и выглядит как месть администрации неудобному клиенту. Печатается по его согласию.

ДЕПАРТАМЕНТ
ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ГОРОДА МОСКВЫ
ПАНСИОНАТ ДЛЯ ВETERANОВ ТРУДА № 1
ДЕПАРТАМЕНТА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Правобережная ул., д. 4, Москва, 125445
Телефон: (499) 457-14-58, факс: (499) 458-90-75
ОКПО 03156056, ОГРН 1037739373440,
ИНН/КПП7712001712/774301001

E-mail: pvt-l@dszn.ru;
pvtl@mos nr

01.02.2016 г. № б/н
По месту требования

Выписка из Истории болезни №8/09 (Медико-социальная характеристика)

Квасюк Виктор Емельянович, 1957 г.р., инвалид II группы, причина — общее заболевание, поступил из дома на постоянное проживание в ГБУ ПВТ № 1 20.01.2009 г.

Уроженец Тюменской области, Ишимского района, с. Равнец. Образование среднее-специальное, работал автослесарем. Холост, детей нет.

За время проживания наблюдался с диагнозом:

Атеросклероз аорты. Атеросклеротический кардиосклероз. ХСН I ст. Органическое поражение головного мозга сложного генеза (сосудистого и токсического). **Хронический алкоголизм конечной стадии. Выраженный психоорганический синдром, эксплозивный вариант. Снижение уровня личности по органическому типу.** Полинейропатия смешанного генеза. Облитерирующий тромбангиит артерий нижних конечностей, окклюзия левой подколенной артерии, артерий стоп. Бедренно-подколенное шунтирование реверсионной аутовеной слева (2009 г.), ХАН ПБ. Посттромботическая болезнь левой голени. ХВН 2. Хроническая экзема левой голени.

Хронический необструктивный бронхит (курильщика), ДНО.

Хронический пиелонефрит, латентное течение. Кисты правой почки. ХПН0. Доброкачественная гиперплазия простаты.

Варикозное расширение вен пищевода. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс-эзофагит. Хронический гастродуоденит.

Плановая госпитализация в Госпиталь ветеранов войны № 3 с 12.05.2016 г. по 01.06.2016 г. Копия выписки прилагается.

Флюорография органов грудной клетки (01.04.16.) — без патологических изменений.

Вакцинация АДС-М 15.08.2016 года подкожно 0,5 мл П-173.

Лечение: ЩД, тромбо-асс ОД, аторис 0,02, фенозепам 0,001 при бессоннице, карбамазепин 0,2 2 раза в день, соннапакс 0,025 на ночь, пентоксифиллин 0,4 2 раза в день курсами, курсы метаболической терапии.

С первых дней пребывания в пансионате Квасюк В. Е. нарушал Правила проживания, общепринятые нормы и правила поведения, на замечания в свой адрес реагировал агрессивно.

04.02.2016 года Квасюку В. Е. было вручено официальное предупреждение о недопустимости подобного поведения и требование соблюдения норм и правил поведения. Квасюк В. Е. должным образом не отреагировал.

19.02.2016 года ГБУ ПВТ № 1 подало в Головинский районный суд г. Москвы исковое заявление о принудительном переводе Квасюка В. Е. в другое специализированное стационарное учреждение социальной защиты населения г. Москвы.

07.09.2016 года Квасюк В. Е. по личному заявлению выбыл из ГБУ ПВТ № 1 в отпуск.

08.12.2016 года Головинский районный суд г. Москвы вынес решение о расторжении договора стационарного социального обслуживания между Квасюком В. Е. и ГБУ ПВТ № 1 (Апелляционное определение Московского городского суда дело №33-34364).

Заведующая Социально-медицинским отделением №2
Заместитель директора по медицинской части

М. А. Панкова
И. А. Трофимчик

НПА России подготовила свой отзыв на эту выписку и повторно освидетельствовала В. Е. Квасюка, подтвердив отсутствие противопоказаний для проживания в интернате общего типа. Сейчас В. Е. Квасюк устраивается в ПВТ № 7, и мы надеемся, что там к нему отнесутся более человечно.

Комментарий к “Выписке из истории болезни № 8/09 (медико-социальная характеристика) Квасюка В. Е.

Для устройства в новый интернат Квасюку В. Е. была выдана “Выписка из истории болезни № 8/09 (медико-социальная характеристика)” Московского пансионата для ветеранов труда № 1, которая может только помешать устройству и к тому же ошибочно датированная 01.02.2016 вместо 2017 г., что следует из текста, где фигурируют даты вплоть до декабря 2016 г.

В ней из 22 диагнозов фигурирует 4 психиатрических диагноза, перекрывающих друг друга, неадекватно резко гиперболизированных и даже отсутствующих в “Протоколе № 37 заседания врачебной комиссии” того же пансионата от 29.09.2016, хотя под обоими стоит подпись замдиректора по медчасти Трофимчик И. А., которая не является психиатром.

Т.е., за 4 месяца (с 29.09.2016 по 01.02.2017) у Квасюка В. Е., который отсутствовал эти месяцы в пансионате¹, “умеренно выраженный взрывчатый вариант психоорганического синдрома” превратился в “выраженный”, а формулировка “нельзя с достоверностью исключить злоупотребление алкоголем” превратилась в “хронический алкоголизм конечной стадии”. Но такой диагноз ставится только при наличии симптомов первой и второй стадий синдрома зависимости от алкоголя, которые у Квасюка отсутствуют, а не заметить их отсутствие невозможно.

Формулировки “Выписки” выдают непрофессионализм ее авторов, не имеющих отношения к психиатрии. Перед нами явная фальсификация, представляющая варьирование первоначальной фальсификации диагноза от 25.12.2015, где говорится еще о “мнестико-

интеллектуальном снижении и социальной дезадаптации”, что опровергло наше исследование, проведенное тремя психиатрами высшей квалификационной категории и медицинским психологом 22.06.2016, и что мы доказали в суде.

Однако, в “Выписке” о проигранном судебном процессе с попыткой принудительного перевода Квасюка В. Е. в психоневрологический интернат умалчивается.

Итак, руководство Московского пансионата для ветеранов труда № 1, после проигранного в суде дела о принудительном переводе Квасюка В. Е. в психоневрологический интернат с неадекватно грубо утяжеленным диагнозом, выдало ему Выписку с опять-таки на другой лад грубо утяжеленным диагнозом², фактически “волчьим билетом”, ознакомившись с которой, никто не захочет иметь с ним дело. Явная фальсификация диагноза, сформулированного устрашающим для любой администрации образом, могущая привести к опасной декомпенсации соматического состояния Квасюка В. Е., недостойна роли любого врача.

Тот факт, что Квасюк В. Е. выдержал длительный судебный процесс с многочасовыми ожиданиями в коридоре, неоднократными откладываниями, зачитыванием крайне обидных для него и несправедливых по его словам характеристик, — не запил, не вспылал, вел себя сдержанно и адекватно во время выступлений в суде и в общении с окружающими в ходе этого процесса — очередное доказательство несостоятельности диагнозов пансионата. Приводимые в “Выписке” характеристики и выводы настолько расходятся с поведением Квасюка В. Е., настолько лишены какого-либо обоснования, что представляют откровенное сведение счетов с неудобным критиком. Психиатрические диагнозы, указанные в “Выписке” рассчитаны на непрофессионала, т.к. представляют нагроможденные характеристики, не имеющих ни медицинского, ни юридического значения.

13 февраля 2017 г.

Врач-психиатр высшей квалификационной категории
канд. мед. наук Ю. С. Савенко

¹ Об этом говорится в самой “Выписке” (“07.09.2016 Квасюк В. Е. по личному заявлению выбыл в отпуск”)

² В первом случае это была попытка поставить диагноз деменции (слабоумия), во втором — конечная стадия хронического алкоголизма.

“Насилие не опасное для жизни и здоровья” — для экспертов Центра им. В. П. Сербского основание принудительного лечения в стационаре специализированного типа

Реально опасное грубое насилие в семье декриминализовано. Но стоит обхватить, даже обнять давшего волю рукам субъекта (по крайней мере, представителя власти) для нейтрализации его грубых действий, как это можно квалифицировать как “насилие не опасное для жизни и здоровья”.

Итак, если полицейский избивает кого-то, нельзя вмешиваться? Нельзя его останавливать? Такова ситуация, послужившая экспертам Центра им. В. П. Сербского основанием потребовать принудительного лечения в стационаре специализированного типа для совершенно безобидного человека, страдающего совершенно безобидным для окружающих заболеванием Жилия де ля Туретта¹. Такова постоянная экспертная практика этого учреждения, поддерживающая его полицейский, правоохранный, а не правозащитный характер, т.е. защищающего не больных, а — вопреки закону — приоритет сильной, а не слабой стороны.

При опросе адвокатом в судебном заседании врача-эксперта Центра им. В. П. Сербского он на вопрос: “В чем опасность больного, которому предъявлено обвинение в насилии, не опасном для жизни и здоровья?” — ответил: “Он общественно опасен. Он становился возбужденным даже в ходе беседы”.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА ПСИХИАТРА на заключение комиссии экспертов от 23 августа 2016 г. № 833 стационарной комплексной судебной психолого-психической экспертизы ПАНФИЛОВА Максима Алексеевича, 1985 г. рожд.

Настоящее заключение составлено 25 ноября 2016 г.

по запросу адвоката Панченко Сергея Игоревича на основании представленных ксерокопий следующих документов:

– заключение комиссии экспертов от 23 августа 2016 г. № 833

стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы ПАНФИЛОВА Максима Алексеевича, 1985 г. рожд., проведенной в Федеральном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского;

– заключение комиссии экспертов от 18 мая 2016 г. № 1264-3 амбулаторной комплексной судеб-

ной психолого-психиатрической экспертизы ПАНФИЛОВА Максима Алексеевича, проведенной в психиатрической клинической больнице № 1 им. Н. А. Алексеева;

для ответа на вопрос: можно ли считать научно-обоснованными ответы экспертов на пятый и шестой вопросы:

5. Связано ли психическое расстройство обвиняемого с возможностью причинения им существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц?

6. Нуждается ли обвиняемый в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если да, то каких именно (ч. 2 ст. 21, ч. 2 ст. 22, ч. 1 ст. 81, ч. 1 и 2 ст. 97 и ст. 99 УК РФ)?

Заключение амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы написано в своей констатирующей части, как психиатрической, так и психологической, на редкость образцово: тщательно (на 15 стр.) и ясно в диагностическом плане и в отношении ответов на 7 заданных вопросов. Однако эксперты уклонились от обобщений и каких-либо выводов, которые естественным непротиворечивым образом следовали из их констатации, сославшись на то, что “для определения глубины и выраженности имеющихся у Панфилова М. А. психических нарушений, решения диагностических и экспертных вопросов ему необходимо проведение стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы”. Явственным образом они не взяли на себя ответственность за выводы, которые следовали из их исследования перед лицом широкого общественного резонанса рассматриваемого судебного дела, связанного с “участием в массовых беспорядках, сопровождающихся применением в отношении представителей власти — сотрудников полиции и военнослужащих внутренних войск МВД России — насилия, не опасного для их жизни и здоровья, 06.05.2012 на Болотной площади”. Спустя четыре года (07.04.2016) Панфилов М. А. был задержан повторно в качестве свидетеля на основании видеозаписи и тут же переквалифицирован в обвиняемого.

С 25.07 по 02.09.2016 г. Панфилов М. А. проходил стационарную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в Центре им. В. П. Сербского. Вопросы к экспертам были сформулированы заново, в частности, появились совершенно новые вопросы, прежде всего, пятый вопрос: связано ли психического расстройство обвиняемого с возможностью причинения им существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц? Следует обратить внимание на то, что хотя эксперты амбулаторной

¹ Речь идет об очередном участнике митинга на Болотной площади в 2011 г.

комиссии отказались от экспертных выводов на основании необходимости определения “глубины и выраженности имеющихся психических нарушений”, ни о какой опасности Панфилова М. А. для себя и окружающих и возможности причинения им какого-либо вреда речь вообще не шла, и в констатирующей части заключения всякое упоминание об этом отсутствовало.

Очевидной целью подэкспертного в инкриминируемом ему поступке было не причинить какой-либо вред сотруднику полиции, а воспрепятствовать его активным действиям, нейтрализовать их посредством снятия с него шлема, что в данном конкретном случае невозможно квалифицировать ни как причинение существенного вреда, ни как опасность для себя и окружающих. В заключении говорится, что Панфилов М. А. “сорвал”, а в другом месте “снял” шлем с полицейского. Надо знать, возможно ли его сорвать. Сам Панфилов М. А. объясняет, что снял шлем, не причиняя никакой боли. Точно также следует относиться к квалификации поведения Панфилова М. А., когда на неоднократные требования сотрудников полиции пройти в полицейской автобус для оформления протокола об административном нарушении он отталкивался руками, демонстрируя отказ от выполнения законных требований сотрудников полиции. Если помнить, что речь идет о человеке с психическими расстройствами с раннего детства, с выраженной аффективной неустойчивостью, в накаленной обстановке стрессовой ситуации, которая провоцирует у него тики, размахивание руками, форсированную жестикуляцию, поплеывание, затруднение сообразительности и речи, то это очень далеко от “опасности для себя и окружающих”, тем более непосредственной физической опасности, которая только и дает законное право на недобровольные меры.

Тем не менее, эксперты, отвечая на соответствующий пятый вопрос, делают вывод: *“как представляющей опасность (эмоционально-волевые нарушения, неустойчивость эмоциональных реакций, снижение волевого контроля своего поведения в сочетании с нарушением критических и прогностических способностей), связанную с возможностью причинения им иного существенного вреда и с опасностью для себя и для других лиц, по своему психическому состоянию Панфилов М. А. нуждается в направлении на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа”*.

Эксперты обосновывают опасность Панфилова М. А., а именно, “возможность причинения им иного существенного вреда и опасность для себя и других окружающих лиц” неустойчивостью эмоциональных реакций и снижением как волевого контроля, так и критических и прогностических способностей, т.е. всех трех китов — эмоций, воли и интеллекта. Но такая отсылка бессодержательна в силу своего сверхообщего характера, т.к. необходимо

выяснить и обосновать клинически значимую глубину и выраженность этих характеристик, как указала амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Необходимо было привести убедительные конкретные примеры таких проявлений в прошлом, а также в клинко-экспериментальном выражении, а не ограничиться простым расплывчатым перечнем. Необходимо было привести реальные поведенческие реакции подэкспертного, которые являются интегральным проявлением эмоциональных, волевых и интеллектуальных характеристик, которые в жизни всегда выступают как нерасчленимая система. Между тем, мы не найдем в констатирующей части заключения ничего более серьезного из того, что смогли выявить эксперты в отношении пресловутой агрессивности Панфилова М. А., чем “дерзил”, “стучал кулаком по столу, беспричинно повышал голос, кивал головой, спонтанно уходил, затем самостоятельно возвращался, не объясняя причины”, и тут же “постоянно отпрашивался в туалет”, “постоянно оспаривал все действия сотрудников Центра”. И этим исчерпывается эта якобы агрессивность у него, человека, чувствующего себя инвалидом из-за постоянных подергиваний рук, ног и головы, затруднений речи и дискомфортного состояния. Эксперты не учитывают, что описываемое ими поведение неизбежно связано еще и с самой экспертной ситуацией, которая для подэкспертного значительный стресс, вызывающий сильное волнение. В результате, эксперты в большей мере опираются на его самохарактеристики, отличающиеся простодушием, прямолинейностью, неспособностью обманывать, и — наоборот — частые высказывания против себя: называл себя “злопамятным, мстительным”, “иногда мог подражаться” (о прошлом). Но с таким же доверием экспертам стоило бы отнестись к его свидетельствам, что он “ничего не кидал в сотрудников полиции”, не предпринимал никаких агрессивных действий, а только “снял шлем с сотрудника полиции, делая это для отвлечения его от других митингующих”.

Этому соответствует развернутая характеристика его психиатром ПНД (15.10.2014), который отметил в качестве “индивидуально-психологической особенности активно-оборонительную позицию”, и при этом “недостаточно стеничную повышенную эмотивность” (стр. 8 амбулаторной экспертизы). Как это часто бывает, выраженное у него переживание своей инвалидности проявляется в показной брутальности и, в частности, в изменении своей фамилии: Мухин на Панфилов.

На самом деле, неоднократно описываемая в разных проявлениях эмоциональная неустойчивость Панфилова М. А. никогда не переходила во что-то действительно опасное, большее, чем брань или мелкое хулиганство. Следует отметить, что манера его поведения, особенно при волнении, когда появлялись

тики, поплеывания, похрюкивания, суетливость, неадекватно квалифицировалась иногда как дурашливость.

Утверждениям экспертов о снижении критических и прогностических способностей, опирающимся на формальные данные снижения уровня обобщений по конкретному типу, в реальном поведении противоречат данные о не такой степени их выраженности, чтобы не доверять показаниям Панфилова М. А. Таковы ссылки подэкспертного на закон при первоначальном отказе от дачи показаний; его отказ отвечать на некоторые вопросы, т.к. они “не имеют отношения к экспертизе” или даже носят “провокационный характер”; упоминание о том, как он самостоятельно пришел к полному разочарованию в своем увлечении эзотерикой и спиритизмом; вполне законное и обоснованное заявление, что “не собирается раскрывать свои политические взгляды” и что назвал себя “политическим заключенным”, а бросавших камни и бутылки в полицейских — “provokatorami”.

Психолог стационарной экспертизы Кузнецов Н. В., называя свое исследование “экспериментально-психологическим”, не использовал никаких экспериментальных методов, ограничившись “наблюдением и беседой”, ссылаясь на отказ Панфилова М. А. “при второй встрече”, хотя сам описывает реакцию недоверия со стороны подэкспертного, который заявил, что его слова передаются следователю. Отсутствие экспериментальных данных не помешало психологу совершенно некорректным образом написать, что Панфилов М. А. “в субъективно сложных ситуациях отличается склонностью к внешнему обвинению с агрессивными действиями, непосредственному реагированию”. Спрашивается, что это за “агрессивные действия”? Называть так отказ от исследования совершенно неадекватно. Скорее всего, психолог не сумел расположить к себе подэкспертного, создать соответствующую атмосферу, вызвать доверие. В результате, психолог перечисляет в своих выводах через запятую свидетельства подэкспертного против самого себя (“злопамятный, мстительный”), как такие же объективные и надежные, как свои собственные мнения, ни одно из которых не подкреплено конкретным примером. Это контрастирует с действительно экспериментально-психологическим заключением психолога амбулаторной комплексной экспертизы (Д. В. Шпитальный), который — располагая несравнимо более обширными и содержательными данными, в том числе экспериментальными, сопровождая их примерами, — не решился на те безапелляци-

онные, ничем не обосновываемые выводы, которые сделал психолог второй экспертизы.

Парадоксальным образом амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза написана на значительно более высоком профессиональном уровне, чем последующая комплексная стационарная, особенно ярко этот контраст очевиден в психологической части исследования. Однако ни в том, ни в другом заключении невозможно найти никаких конкретных примеров опасности для себя или других лиц или причинения какого-либо существенного вреда. Выводы об этом стационарной экспертизы не подкреплены ничем, кроме ссылок на психические расстройства, которые присутствуют у огромного числа людей, что делает рекомендацию о принудительном лечении в стационаре специализированного типа не просто необоснованной, а вредной для подэкспертного, чреватой декомпенсацией его состояния и бесполезно расточительной для общества.

Таким образом, мы видим в действиях экспертов шаблонные формулировки и решения, не считающиеся с конкретными клиническими и экспериментальными данными, которые не только никак не подтверждают выводы экспертов, но противоречат им. Все это делает ответ на 5-й вопрос — об опасности подэкспертного для себя и окружающих — научно несостоятельным и тем самым лишенным доказательной силы. Весь комплекс сведений, известных нам о Панфилове М. А., не содержит ни одного факта, свидетельствующего о каких-либо формах агрессивного поведения или другого вида опасности, связанных с его болезнью или характером.

Из этого следует необходимость коррекции ответа на шестой вопрос.

В связи с обоснованным нами отсутствием опасности Панфилова М. А., ответ экспертов, согласно которому Панфилов М. А. “нуждается в направлении на принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа” является совершенно неадекватным. Панфилов М. А. нуждается в амбулаторном принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь по месту жительства.

Ю. С. Савенко

“Разум-личность-общество”: Конгресс Германской ассоциации психиатров, психотерапевтов и неврологов (DGPPN), Берлин, 23 – 26 ноября 2016 г.

П. А. Позинковский¹

Обзор отражает содержание некоторых англоязычных лекций и докладов Конгресса Германской ассоциации психиатров, психотерапевтов и неврологов, прошедшего в Берлине в ноябре 2016 г.

Ключевые слова: умеренное когнитивное нарушение, эффективность антидепрессантов, поддерживающая терапия шизофрении, Интернет когнитивно-поведенческая терапия.

Очередной ежегодный Конгресс Германской ассоциации психиатров, психотерапевтов и неврологов (DGPPN) в 2016 году традиционно прошел в ноябре в Берлине. Тема этого крупнейшего европейского психиатрического конгресса на этот раз была определена как “Разум-Личность-Общество”.

По сравнению с предыдущими годами обратило на себя внимание значительное сокращение количества приглашенных международных докладчиков, и, как следствие, меньшее количество англоязычных лекций и симпозиумов, отсутствие всегда доступного прежде синхронного перевода с немецкого на английский язык церемонии открытия конгресса с ее ключевыми выступлениями. Кроме того, ежедневное однократное питание, которым в прежние годы обеспечивались все зарегистрированные участники конгресса, на этот раз предоставлялось за дополнительную плату. Эти перемены организаторы объяснили некоторым урезанием источников финансирования конгресса, а также новым законодательством, лимитирующим спонсорскую поддержку конгрессов фармацевтическими компаниями.

Доклад директора центра по изучению болезни Альцгеймера клиники Мейо, профессора Ronald C. Peterson (США) был посвящен умеренному когнитивному нарушению (mild cognitive impairment, MCI) [14]. По мнению докладчика, это состояние является “промежуточной остановкой” между возрастной когнитивной нормой и деменцией при болезни Альцгеймера. При обследовании 2000 человек в возрасте от 70 до 89 лет было выявлено, что 15 % имеют умеренное когнитивное нарушение и еще 11 % — деменцию. Когнитивный статус остальных 74 % отвечал крите-

риям возрастной нормы. При дальнейшем наблюдении было установлено, что ежегодно примерно 5 % людей попадали из группы “возрастная норма” в группу с диагнозом умеренного когнитивного нарушения. В то же время примерно у 10 % пациентов с умеренным когнитивным нарушением через год диагностировалась деменция, а через 6 лет деменцией страдали уже 80 % таких пациентов. Для умеренного когнитивного нарушения характерно ухудшение когнитивных функций по сравнению с имевшимся уровнем (со слов пациента, его близких или по данным врачебного осмотра), объективное подтверждение нарушения в одной или более когнитивных сферах, включая память, при сохранении независимого функционирования в повседневной жизни. Переход в деменцию диагностируется на основании появления выраженных нарушений в одной или более когнитивных сферах, а также исчезновения способности к независимому функционированию. Биомаркерами умеренного когнитивного нарушения альцгеймеровского типа являются: 1) накопление бета-амилоида по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), 2) наличие признаков нейрональной дегенерации: повышение уровня тау-протеина и фосфорилированного тау-протеина в цереброспинальной жидкости, снижение метаболизма в теменно-височных областях по данным ПЭТ с фтордезоксиглюкозой, атрофия височной коры (средней и базальной) и теменной коры (медиальной и латеральной) по данным МРТ.

Большой интерес участников конгресса вызвал симпозиум с провокационным названием “Лечение психотропными средствами — не является ли лекарство хуже самой болезни?”. Профессор психологии, лектор медицинской школы Гарварда и директор программы по изучению плацебо эффекта Irving Kirsch (США) выступил с сообщением “Работают ли антидепрессанты на самом деле?”. Докладчик привел ре-

¹ Московский НИИ психиатрии — филиал Федерального исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

зультаты мета-анализов, показывающих, что разница между эффективностью антидепрессантов и плацебо не превышает 3 баллов по шкале Гамильтона для оценки выраженности депрессии, а значит, не является клинически значимой в соответствии с критериями британского Национального института здравоохранения и клинического мастерства (NICE). Было подчеркнуто, что анализировались как опубликованные, так и не опубликованные исследования, хранящиеся в архиве американского Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA). По мнению докладчика, группы пациентов, принимающих обычно участие в клинических испытаниях антидепрессантов, не являются репрезентативными, так как из них исключаются плацебо-респондеры; пациенты с депрессией легкой степени или хронической депрессией; пациенты, у которых не было терапевтического эффекта в предыдущих исследованиях; пациенты с коморбидной патологией и суицидальным риском. Таким образом, из клинических исследований антидепрессантов исключаются около 78 % депрессивных пациентов, встречающихся в реальных клинических условиях (по данным исследования STAR*D). Были представлены данные, свидетельствующие о том, что при сопоставимой терапевтической эффективности антидепрессантов, психотерапии и физических упражнений [9], количество рецидивов выше в группе пациентов, получающих медикаментозное лечение [2, 6]. В заключении на основании данных мета-анализа, включающего 34 исследования предпочтений пациентов, были сформулированы преимущества немедикаментозных способов лечения депрессии, заключающиеся в большей долгосрочной эффективности и экономической выгоде, безопасности и в том, что 75 % пациентов предпочитают психотерапевтическое лечение [13].

Также в симпозиуме приняла участие известный критик чрезмерного использования фармакологических средств для лечения психических расстройств и роли фармацевтической промышленности, автор книг “Миф химического лечения” и “Самые горькие таблетки”, психиатр Joanna Moncrieff (Великобритания). В своей лекции “Поддерживающая антипсихотическая терапия: перевешивают ли преимущества риски?” докладчик отметила, что мета-анализы, свидетельствующие о положительных эффектах поддерживающей антипсихотической терапии, основываются на исследованиях с коротким периодом наблюдения, как правило, от 6 месяцев до 2 лет. В результате долгосрочного 20-летнего наблюдения когорты больных шизофренией были получены противоположные результаты. Оказалось, что пациенты, не получавшие длительного непрерывного поддерживающего лечения антипсихотиками, демонстрировали более высокий уровень общего функционирования (трудовой и социальный уровень, степень приспособительных реакций, способность к самообслуживанию), а так-

же более продолжительные периоды пребывания в благополучном состоянии (отсутствие позитивных/негативных симптомов и повторных госпитализаций) и меньшую частоту рецидивов [8]. По мнению докладчика, с учетом таких серьезных побочных эффектов нейролептической терапии, как метаболический синдром, сексуальные нарушения, кардиотоксичность, поздняя дискинезия, когнитивные нарушения и уменьшение объема головного мозга, соотношение пользы и рисков длительной поддерживающей антипсихотической терапии остается неясным.

На симпозиуме, посвященном современным представлениям о психотических расстройствах, профессор Christoph U. Correl (США) напомнил основные положения, касающиеся пациентов с первым психотическим эпизодом. Эти пациенты в целом являются более чувствительными к терапии: им требуются меньшие дозы антипсихотиков (примерно на 50 %), чем при повторных эпизодах. В то же время наблюдается и большая частота побочных эффектов. Высоко распространены рецидивы, и хотя эффективность купирующего действия антипсихотиков первого и второго поколения примерно одинакова, рецидивы и отказ от продолжения лечения чаще наблюдаются при приеме антипсихотиков первого поколения. По опросам пациентов и их родственников наиболее неприятными побочными эффектами нейролептической терапии, отражающимися на качестве жизни, являются прибавка в весе и седация. В целом при использовании инъекционных форм антипсихотиков пролонгированного действия наблюдается больший противорецидивный эффект, чем при назначении пероральных форм [12]. Неизменными клиническими предикторами долгосрочного неблагоприятного прогноза при первом эпизоде шизофрении являются: мужской пол, раннее начало заболевания, наличие преморбидной задержки развития, большая длительность и тяжесть психоза. К изменяемым и устранимым клиническим предикторам неблагоприятного прогноза относятся следующие: большая длительность нелеченого психоза, наличие коморбидной патологии (напр. аддикции), изначальная нечувствительность к антипсихотической терапии, большее количество рецидивов и несоблюдение режима терапии [3].

В продолжение темы профессор Peter Falkai (Германия) сделал сообщение о современном положении и перспективах использования нелекарственных методов лечения шизофрении. Было подчеркнуто, что значительных положительных эффектов особенно у пациентов с резидуальными позитивными симптомами помимо психообразования позволяют добиться когнитивно-поведенческая терапия и семейная терапия. Стимуляционные методы, такие как транскраниальная стимуляция постоянным током (транскраниальная микрополяризация), возможно, могли бы стать способами коррекции галлюцинаций, и в особенности негативной симптоматики, но эта гипотеза

нуждается в современном переосмыслении и подтверждении. Улучшению физического и психологического состояния больных шизофренией могут способствовать вмешательства, направленные на изменение образа жизни: физические упражнения, диета и досуговые мероприятия.

Дискуссия о плюсах и минусах антипсихотической терапии получила продолжение на симпозиуме “Нейролептики и мозг”. Профессор Jürgen Gallinat (Германия) представил данные об изменениях, которые претерпевает головной мозг под действием антипсихотических препаратов. Исследования, проведенные на здоровых добровольцах, показали, что субъективные и объективные проявления внимания, зрительные, зрительно-моторные, слуховые и двигательные навыки [5] особо чувствительны к воздействию антипсихотиков и могут нарушаться. Вопрос о влиянии нейролептиков на объем различных структур головного мозга остается открытым, так как результаты многочисленных исследований противоречивы. Например, было показано, что при лечении типичными нейролептиками отмечается увеличение объема базальных ганглиев, но после перевода на терапию атипичными нейролептиками — объем базальных ганглиев уменьшается до нормальных размеров [15]. В другом систематическом обзоре 26 клинических исследований клозапин продемонстрировал возможность уменьшения объема базальных ганглиев и увеличения объема серого вещества [7]. К факторам, вызывающим уменьшение объема серого вещества, относят продолжительное употребление алкоголя и курение, “неиспользование” головного мозга (отсутствие интеллектуальной деятельности), ожирение и голодание. Факторы, вызывающие увеличение объема серого вещества, — это спорт, игровая тренировка, тренировка навыков и социальная активность. В целом докладчик подчеркнул, что изменение объема серого вещества является обычным ответом на воздействие многих факторов окружающей среды, оно, как правило, незначительно и обратимо, а когнитивные и поведенческие последствия этих структурных изменений требуют дальнейших исследований.

Профессор Lex Wunderink (Голландия) доложил о результатах собственных исследований эффектов долгосрочной нейролептической терапии больных шизофренией. 7-летнее наблюдение за пациентами, перенесшими первый психотический эпизод, показало, что постепенное снижение дозы антипсихотических препаратов до полной отмены вскоре после купирования психоза в долгосрочной перспективе привело к более высоким показателям восстановления по сравнению с показателями, достигнутыми при постоянной поддерживающей терапии рекомендованными стандартными дозами антипсихотиков [16]. Предложенная докладчиком стратегия снижения дозы до полной отмены заключается в том, что на этапе исчезновения позитивных симптомов доза нейро-

лептики постепенно снижается вдвое. Если при этом не происходит возвращения позитивных симптомов, то дозу нейролептики постепенно продолжают уменьшать до полной отмены. В случае рецидива психотической симптоматики, возвращаются к прежним купирующим дозам антипсихотиков. Подобный подход по сути является персонализированным и должен осуществляться при тесном контакте с самим пациентом и его ближайшим окружением. В долгосрочной перспективе он позволяет достигнуть более качественного когнитивного и функционального восстановления.

Большой интерес вызвала пленарная лекция профессора клинической психологии Gerhard Andersson (Швеция) о психотерапии, осуществляемой посредством сети Интернет. Необходимость появления компьютерных форм терапии продиктована недостаточным количеством специалистов и недоступностью лечения в удаленных районах, в результате чего в настоящее время психотерапию получают менее чем 10 % нуждающихся пациентов. К преимуществам интернет-психотерапии относят доступность, возможность самостоятельного обращения, выбор удобного расписания, индивидуально составляемую программу, низкую стоимость, адаптацию к техническим новшествам. Критики подобных программ говорят о “дешевой, симптом-ориентированной поверхностной псевдотерапии”, которую продвигают страховые компании с целью снижения своих расходов. Из-за необходимости компьютерных навыков такая форма терапии может оставаться недоступной для старшего поколения пациентов. Кроме того, компьютерная психотерапия противоречит гуманистическому подходу и лишена терапевтических отношений. Она осуществляется посредством компьютера, который выступает источником информации в случае использования компьютерной программы, или средства коммуникации в случае связи с психотерапевтом по электронной почте или по скайпу. Данные нескольких мета-анализов свидетельствуют о том, что компьютерные программы самопомощи на основе когнитивно-поведенческой терапии для некоторых нозологий (напр., депрессия, тревожное расстройство) не уступают по эффективности индивидуальной психотерапии, осуществляемой “лицом к лицу” [1, 4]. Докладчик отметил, что еще рано делать окончательные выводы относительно интернет-психотерапии, но полученные на настоящий момент данные свидетельствуют, что она может стать эффективным, экономически выгодным дополнением или альтернативой традиционной психотерапии, осуществляемой при личном контакте врача и пациента.

В 2017 году отдельного конгресса DGPPN в ноябре проводиться не будет. Он будет совмещен с проходящим в Берлине с 8 по 12 октября очередным XVII Конгрессом ВПА.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Andersson G., Cuijpers P., Carlbring P. et al.* Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis // *World Psychiatry*. — 2014. — Vol. 13. — № 3. — P. 288 – 295.
2. *Babyak M., Blumenthal J. A., Herman S. et al.* Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months // *Psychosom. Med.* — 2000. — Vol. 62. — № 5. — P. 633 – 638.
3. *Carbon M., Correll C. U.* Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia // *Dialogues Clin. Neurosci.* — 2014. — Vol. 16. — № 4. — P. 505 – 524.
4. *Cuijpers P., Donker T., van Straten A. et al.* Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies // *Psychol. Med.* — 2010. — Vol. 40. — № 12. — P. 1943 – 1957.
5. *de Visser S. J., van der Post J., Pieters M. S. et al.* Biomarkers for the effects of antipsychotic drugs in healthy volunteers // *Br. J. Clin. Pharmacol.* — 2001. — Vol. 51. — № 2. — P. 119 – 132.
6. *Dobson K. S., Hollon S. D., Dimidjian S. et al.* Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 2008. — Vol. 76. — № 3. — P. 468 – 77.
7. *Garcia G. J., Chagas M. H., Silva C. H. et al.* Structural and functional neuroimaging findings associated with the use of clozapine in schizophrenia: a systematic review // *Rev. Bras. Psiquiatr.* — 2015. — Vol. 37. — № 1. — P. 71 – 79.
8. *Harrow M., Jobe T. H., Faull R. N. et al.* Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study // *Psychol. Med.* — 2012. — Vol. 42. — № 10. — P. 2145 – 2155.
9. *Khan A., Fuccett J., Lichtenberg P. et al.* A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression // *PLoS One*. — 2012. — Vol. 7. — № 7. — e41778.
10. *Kirsch I., Deacon B. J., Huedo-Medina T. B. et al.* Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration // *PLoS Medicine*. — 2008. — Vol. 5. — № 2. — e45.
11. *Kirsch I., Moore T. J., Scoboria A. et al.* The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data // *Prevention and Treatment*. — 2002. — № 5. — Article 23.
12. *Leucht S., Tardy M., Komossa K. et al.* Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis // *Lancet*. — 2012. — Vol. 379. — № 9831. — P. 2063 – 2071.
13. *McHugh R. K., Whitton S. W., Peckham A. D. et al.* Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review // *J. Clin. Psychiatry*. — 2013. — Vol. 74. — № 6. — P. 595 – 602.
14. *Petersen R. C.* Mild Cognitive Impairment // *Continuum (Minneapolis)*. — 2016. — Vol. 22. — № 2. — P. 404 – 418.
15. *Scherk H., Falkai P.* Effects of antipsychotics on brain structure // *Curr. Opin. Psychiatry*. — 2006. — Vol. 19. — № 2. — P. 145 – 150.
16. *Wunderink L., Nieboer R. M., Wiersma D. et al.* Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction / discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry*. — 2013. — Vol. 70. — № 9. — P. 913 – 920.

XVII Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации
**ПСИХИАТРИЯ XXI ВЕКА:
КОНТЕКСТ, ПРОТИВОРЕЧИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

8 – 12 октября 2017 г., Берлин, ФРГ

www.wpaberlin2017.com

Коморбидность тревожных расстройств и алкоголизма

Ю. Е. Варфоломеева¹

В статье дается обзор последних научных данных о сочетании различных тревожных расстройств (панические атаки, генерализованное тревожное расстройство, социальное тревожное расстройство) с алкоголизмом или алкогольной зависимостью. Описываются современные терапевтические подходы.

Ключевые слова: коморбидность, тревожные расстройства, панические атаки, алкоголизм.

В последние годы в литературе уделяется значительное внимание коморбидным расстройствам в клинике хронического алкоголизма. Под коморбидностью понимают одновременное существование двух и более заболеваний или синдромов, которые патогенетически (по механизму возникновения) взаимосвязаны между собой.

Многочисленными исследованиями доказано, что алкогольная зависимость больше распространена среди лиц, страдающих тревожными или депрессивными расстройствами.

Симптомы депрессии, тревожных расстройств и алкоголизма во многом оказываются схожими. Высокий уровень тревоги может наблюдаться как при депрессивных состояниях, так и при алкоголизме. По данным Kushner M. G. с соавторами (1990), приблизительно половина тех, кто обратился за лечением от алкогольной зависимости, страдает различными видами тревожных расстройств. Есть данные о том, что больные алкоголизмом чаще страдают депрессией (Sher J., 1990) и в меньшей степени тревожными расстройствами. У больных алкоголизмом может наблюдаться депрессивная симптоматика различная по проявлениям, этиологии и тяжести. Отграничение первичного нарушения от вторичного достигается путем установления последовательности развития симптомов. В клинической практике встречаются любые комбинации: депрессивные и тревожные состояния могут развиваться в результате алкогольной интоксикации (в абстиненции), а алкоголизм (алкогольная зависимость) нередко формируется у лиц с аффективными расстройствами. Согласно опубликованным данным, симптомы депрессии наблюдают у 30 – 60 % больных алкоголизмом (Bronisch, 1985). По результатам одного из проведенных исследований (Regier et al, 1990) 32 % больных аффективными расстройствами имеют ту или иную форму зависимости, включая алкоголизм. Около 40 % больных биполярным аффективным расстройством злоупотребляют алкоголем. Эти данные показывают, что риск развития алкоголизма у больных биполярным аффективным

расстройством в 6,3 раза выше, чем в общей популяции. Высокий риск развития алкоголизма по сравнению с общей популяцией характерен и для больных с паническим расстройством. У 63 % больных с депрессией наблюдают симптомы генерализованного тревожного расстройства, а у 12 % — симптомы, характерные для панического расстройства (Katschnig et al, 1990). Было проведено несколько популяционных исследований распространенности тревоги и алкоголизма, в которых подробно изучалась их коморбидность. Злоупотребление алкоголем отмечается у 25 – 33 % больных тревожным расстройством, при этом у женщин частота коморбидности выше (Roy A., 1991; Dixit A., 2000). Тревожное расстройство чаще предшествует развитию зависимости. L. Boschloo с соавторами (1999) обнаружили, что у 71 % пациентов с коморбидными расстройствами алкогольная зависимость была вторична по отношению к тревожным расстройствам. В пяти из семи случаев коморбидных расстройств тревожные расстройства дебютировали раньше, что, по мнению авторов, позволяет рассматривать тревожные расстройства как фактор риска развития алкоголизма. Исключением является паническое расстройство, которое может возникать вследствие злоупотребления алкоголем (Merikangas, et al., 1998). В популяциях пациентов с социальным тревожным расстройством показатель распространенности случаев злоупотребления алкоголем на протяжении жизни составляет 22 %, при этом его распространенность среди тех, кто обращается за помощью по поводу алкогольных проблем, достигает 15 % (Regier, et al., 1990). Частота тревожных расстройств у стационарных пациентов с алкогольной зависимостью колеблется от 22,6 до 68,7 %, при этом обычно преобладают фобии. Среди женщин, которые страдают алкогольной зависимостью, показатель распространенности социального тревожного расстройства выше, чем среди мужчин. В группах пациентов с диагностированной алкогольной зависимостью процент тревожных расстройств варьирует от 5,7 % (для панических атак) до 9,9 % (для специфических фобий). В многочисленных работах (Hollander E., Levin A., 1990, Magee W. 1996, Savino M., Cassano B., 1998) подчеркивается, что тревожные расстройства у больных алкоголизмом и лиц, злоупотребляющих алкоголем, встречаются приблизительно в 3 раза чаще,

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского.

чем в общей популяции. И, напротив, в группе пациентов с тревожными расстройствами была выявлена широкая распространенность злоупотребления алкоголем.

Данные литературы в отношении вариантов сочетания панического расстройства и алкогольной зависимости остаются противоречивыми (Brady K. T. с соавт., 2013). Описано два варианта последовательности формирования этих нозологий. При первом варианте алкоголизация у больных возникает после появления ПР и является формой патологической адаптации, когда больные используют спиртное, стараясь подавить вегетативные и психические симптомы паники (Ш. Т. Коэн, Р. Вейсс, 1998; Cosci F. с соавт., 2007). Агорафобия и социофобия могут предшествовать злоупотреблению алкоголем (Kushner M., Sher J., 1990). При втором варианте злоупотребление алкоголем и формирование алкоголизма предшествуют появлению тревоги и панических атак (Варфоломеева Ю. Е. 2003, Коваленко А. Ю. 2006, Goodwin R. D., Stein D. J. 2013). Нередко появлению первых пароксизмальных тревожных состояний в рамках абстинентного синдрома предшествуют затяжные алкогольные эксцессы с увеличением суточных дозировок спиртного (Павличенко А. В., Чугунов Д. А. 2012).

На возникновение панических атак, их характер и трансформацию оказывают влияние преморбидные особенности личности. В процессе развития алкоголизма нередко заостряются тревожно-мнительные и сензитивные черты, что предрасполагает к появлению ПР (Варфоломеева Ю. Е. 2003). В то же время, в межприступном периоде панического расстройства у пациентов могут возникать стойкие опасения по поводу своего здоровья, приводящие к длительному воздержанию от приема алкоголя (Tilli V. и соавт., 2012). Описаны случаи формирования ипохондрии у больных ПР и коморбидной алкогольной зависимостью (Погосова И. А., Погосов А. В., 2011).

В литературе описываются как биологические, так и психосоциальные факторы, определяющие взаимосвязи между злоупотреблением алкоголем и возникновением тревоги. Широко распространено общее представление об алкоголе как анксиолитике, помогающем людям с социальной тревогой принимать участие в значимых публичных мероприятиях. Социофобия часто рассматривается как фактор риска развития алкогольной зависимости и предполагается, что лица, страдающие социофобией, употребляют алкоголь, надеясь справиться с непереносимыми ситуациями, в которых они ежедневно оказываются. Согласно результатам исследования Schneier (1998), в большинстве случаев (79,7 %) развитие социофобий предшествует развитию алкоголизма. Эту гипотезу о самолечении подтверждают результаты исследований, в которых устанавливалась распространенность тревоги (Merikangas, et al., 1998). Показано, что социальная тревога и фобии обычно предшествуют началу

злоупотребления алкоголем. С другой стороны, паническое расстройство не обязательно подчиняется этой закономерности и у некоторых пациентов возникает лишь при формировании алкогольной зависимости (дебютирует в структуре ААС). К. Brady с коллегами (2013) отмечают, что генерализованное тревожное расстройство и панические атаки имеют тенденцию к развитию либо после, либо в одно время со злоупотреблением алкоголем, и симптомы этих расстройств могут быть схожими с симптомами отмены алкоголя. По данным NESARC (2004), среди всех тревожно-фобических расстройств наиболее сильную связь с алкоголизмом образуют социофобии и панические атаки.

Не существует единого мнения о причинах коморбидности тревожных расстройств и алкоголизма. Исследователи выделяют некоторые обстоятельства, пытаясь объяснить связь между указанными заболеваниями:

1. Наличие алкогольной зависимости может способствовать развитию тревожных расстройств.
2. Наличие тревожного расстройства может способствовать развитию алкогольной зависимости.
3. Третий фактор (генетический) может провоцировать развитие алкогольных и тревожных расстройств.

Joseph A. Himle с соавторами (1999) считают, что синдром отмены служит пусковым механизмом для развития тревожных расстройств.

Если предполагается диагноз тревожного расстройства, возникает необходимость установить, бывают ли панические приступы, переживал ли пациент внезапную волну тревоги, которая сопровождалась типичными соматическими и когнитивными симптомами, имеется ли связь тревоги с приемом алкоголя. При положительном ответе устанавливается когда и при каких обстоятельствах это случилось впервые. У пациентов сохраняются очень подробные воспоминания, которые могут объяснить избегающее (агорафобическое) поведение в последующем. Если получены анамнестические сведения о панических приступах, выясняется, вызваны ли они какими-нибудь стимулами (социальное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство или специфическая фобия) или возникают спонтанно (паническое расстройство). У каждого пациента, который обращается за помощью с симптомами тревоги, существует индивидуальное отношение к потреблению алкоголя. Опросник “Тест на наличие расстройств, вызванных употреблением алкоголя” (Alcohol Use Disorders Identification Test — AUDIT), рекомендованный Всемирной Организацией Здравоохранения для повседневного применения, облегчает решение задачи. Считается необходимым установить, было ли тревожное расстройство до злоупотребления алкоголем (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство), предшествовали или нет развитию алкоголизма депрессивные состояния. Robinson с соавторами показали, что в большинстве случаев социо-

фобии развиваются до формирования алкоголизма. Панические расстройства имеют тенденцию развиваться одновременно с ним. Генерализованное тревожное расстройство чаще наблюдается после развития алкогольной зависимости (Merikangas K. R., Mehta R. L. et al, 1998).

Большинство исследователей сходятся во мнении, что коморбидные состояния трудно диагностируются в клинической практике, так как расстройства поведения, вызываемые злоупотреблением алкоголем, могут как маскировать развивающиеся симптомы тревожных и депрессивных расстройств, так и маскироваться этими симптомами (Федорова С. С., 2013). При этом сочетаемость таких заболеваний усугубляет течение и алкоголизма, и тревожных расстройств, приводит к трудностям в лечении, а также ухудшает прогноз заболевания и значительно повышает риск возникновения рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варфоломеева Ю. Е. Тревожные расстройства в структуре ААС. Дис... канд. мед. наук. М., 2003 г.
2. Варфоломеева Ю. Е. Коморбидность панического расстройства. Независимый психиатрический журнал, 2014г. № 1. С. 75 – 79.
3. Вейн А. М., Дюкова Г. М. Панические атаки. — СПб., 1997 г.
4. Гофман А. Г. Клиническая наркология, 2-е издание, 375 с., 2016 г.
5. Коваленко А. Ю. Алкогольная зависимость и коморбидные панические расстройства Дис... канд. мед. наук. Томск., 2006 г. 26 с.
6. Павличенко А. В., Чугунов Д. А. Паническое расстройство с агорафобией: вопросы диагностики и коморбидность. Независимый психиатрический журнал, 2012, № 2, С. 16 – 23.
7. Погосова И. А., Погосов А. В. Случай формирования ипохондрии у больного паническим расстройством и коморбидной алкогольной зависимостью. Неврологический вестник. 2011. № 3. С. 89 – 93.
8. Смудевич А. Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М. 2005 г., 320 с.
9. Федорова С. С. О коморбидности алкоголизма и тревожных расстройств. Журнал Наркология. Том 12, № 7, 2013 г., стр. 92 – 99.
10. Федорова С. С. Фармакотерапия и психотерапия сочетанных тревожных расстройств и алкоголизма. Журнал неврологии и психиатрии, № 6, 2013, стр. 58 – 62.
11. Ballenger J. C. (1993) Panic disorder efficacy of current treatments. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 477 – 486.
12. Bosch O. G., Quednow B. B., Wetter T. C. Reconsidering GHB orphan drug or new model antidepressant *Psychopharmacol*; 2012. 26, 5, 618 – 628.
13. Brady K. T., Haynes L. F., Hartwell K. J., Killeen T. K. Substance use disorders and anxiety: a treatment challenge for social workers. *Soc Work Public Health*. 2013; 28(3-4): 407-23.
14. Brown C., Schulberg H. C., Madonia M. J., Shear M. K. Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders // *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 1293 – 1300.
15. Cassano G. B. Simonini E. i of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia // *Journal of Affective Disorders*, 1998, 42: 145 – 153.
16. Cosci F., Schruers K. R., Abrams K., Griez E. J. Alcohol use disorders and panic disorder: A review of the evidence of a direct relationship. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007; 68(6): 874 – 880.
17. Goodwin R. D., Stein D. J. Anxiety disorders and drug dependence: evidence on sequence and specificity among adults. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 Apr; 67(3): 167 – 73.
18. Dixit A. Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *J. Psychiatry*. 2000. 157, 751 – 758.
19. Kushner M. G., Sher K. J. (1990). The relation between alcohol problems and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685 – 695.
20. Himle J. A., Abelson J. L., et al (1999) Effect of alcohol on social phobic anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1237 – 1243.
21. Merikangas K. R., Mehta R. L. et al (1998) Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders results of the international consortium psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23, 893 – 907.
22. Regier D. A., Farmer M. E. et al (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511 – 2518.
23. Tilli V., Suominen K., Karlsson H. Panic disorder in primary care: comorbid psychiatric disorders and their persistence. *Scand J Prim Health Care*. 2012 Dec; 30(4): 247 – 53.

Ежегодный съезд
Американской психиатрической ассоциации
“Профилактика посредством партнерства”
20 – 24 мая 2017 г., Сан Диего

Коморбидность: против девальвации термина

Ю. С. Савенко

Проблема коморбидности очень стара, в частности, задолго до Алвана Фенштейна (A. R. Feinstein, 1970), который ввел этот термин, она исследовалась адептами психосоматической медицины. Их психогенетические представления подверглись уничтожающей критике Г. Й. Вайтбрехта (1955), но в отношении выясненных положительных и отрицательных корреляций, т.е. частой сочетаемости нескольких болезней, когда одна болезнь облегчает возникновение или протекание другой, либо, наоборот, они исключают друг друга, сохранили свою ценность, хотя ненамного продвинулись дальше простых, известных и ранее констатаций: тревожных состояний при различных астматических расстройствах и гипертонических кризах и депрессивных состояний при желудочно-кишечных, ревматических и постгриппозных расстройствах. Они стали предметом новых, преимущественно нейробиохимических объяснений, которые очевидным образом являются неспецифичными и односторонними.

Недостаточная эффективность предпринимавшихся впоследствии исследований была связана с отсутствием строгости использования категориального аппарата, первоначальной недифференцированностью самого понятия коморбидности. С тех пор различают коморбидность определенных соматических, нервных и психических заболеваний, заболеваний в рамках разных соматических систем организма (сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и др.) и множество других видов коморбидности. Еще в 2003 г. (V.de Groot et oth.) насчитывалось 12 общепризнанных методов измерения коморбидности, в частности, матричная (табличная) презентация заболеваний разных систем организма у каждого конкретного больного с балльной оценкой их выраженности (от 0 до 4), позволяющая иерархизировать порядок всех выставляемых этому больному диагнозов, независимо от профиля отделения, в котором он лечится, тогда как центрация этого последнего обстоятельства до сих пор грубо искажает статистические данные. Потребовалось более столетия, чтобы идея “профиля Россолимо” начала востребоваться в передовых клиниках при выставлении полного списка диагнозов конкретного больного. Можно только удивляться, когда удовлетворяются только общим баллом, подобно IQ без профиля. Это не позволяет соблюсти корректность при сопоставлении и обобщении данных разных авторов.

Между тем, во многих обзорах не проводится даже элементарный анализ на сопоставимость рассматриваемых исследований, вплоть до игнорирования принципиального различия сосуществования нескольких заболеваний, патогенетически не связанных друг с

другом (так наз. транснозологическая коморбидность) и нескольких патогенетически связанных синдромов (так наз. транссиндромальная коморбидность) или неправомерного отождествления заболеваний с кластерами (так наз. кластерная коморбидность). Более того, понятие коморбидности стало расхожим для совершенно различных вещей (например, коморбидность заболевания и осложнения, вызванного лечением этого заболевания), вплоть до противоположных (коморбидность масок и коморбидность маскированных состояний) и даже “случайной коморбидности”. Такие “виды коморбидности” — девальвация этого термина в силу сверхобобщения, далекого от клиники и ее приоритетов, плод кабинетного умствования.

Вряд ли продуктивно говорить о коморбидности алкоголизма и панических атак, алкоголизма и тревожных расстройств, так как они представляют частый радикал (модуль) в динамической структуре алкоголизма, подобно пароксизмам вегето-сосудистой дистонии, которыми они часто и являются. Наконец, важно указывать, о какой стадии хронического алкоголизма идет речь, какова — психотическая или непсихотическая — глубина тревоги и т.д. Современные компьютерные программы позволяют оперировать не би-, а мультиморбидными массивами данных и находить типовые созвездия болезней, где значима еще их конфигурация. Но эффективность всех этих новшеств всегда зависит от добросовестно собранных первичных клинических данных.

Мы специально заострили данную проблему, чтобы представляемые обзоры были не только корректными с обоснованием этой корректности, были не просто информированием, но сопровождалось критическим, аналитическим комментарием.

Наконец, как мы неоднократно указывали: необходимо прилагать постоянные усилия по минимизации смутной среднестатистической массы так называемых смешанных состояний за счет большей структурной конкретности, улавливания тенденции дальнейшего развития и различных возможных рисков, выраженной вероятностью.

Оценивая современные исследования, нельзя не отметить, что в значительной своей части это переписывание старых хорошо известных данных под новыми наименованиями. Нельзя сказать, что это совершенно бесполезно, если встроено в новую концепцию, но, конечно, малопродуктивно, тем более, что господствует общая тенденция к сверхобобщениям, упрощениям, вместо поиска ключевых моментов в конкретных клинических наблюдениях. Для этого и само понятие коморбидности должно всякий раз постоянно уточняться.

XXII Консторумские чтения Психотерапия и нравственность

23 декабря 2016 года состоялась ежегодная, двадцать вторая, научно-практическая конференция Общества клинических психотерапевтов НПА России “Консторумские чтения” — при поддержке Профессиональной психотерапевтической лиги, кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования и Филиала № 6 Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы. Конференция, как обычно, проходила в аудитории этого Филиала.

Председателем первого отделения был психиатр, психотерапевт Марк Евгеньевич Бурно, председателем второго — психиатр, психотерапевт Борис Аркадьевич Воскресенский.

Далее с некоторыми комментариями даём выступления докладчиков.

Первое отделение

Вступительное слово президента НПА России психиатра Юрия Сергеевича Савенко “Психотерапия и нравственность”

Тема “Психотерапия и нравственность” сложна и необъятна.

Нравственность — это предмет этики, она индивидуальна, неформальна, исторична и знает только внутренние санкции совести. Этический аспект есть в каждом нашем поступке, любое поведение может быть рассмотрено с этой точки зрения.

“Научная” этика совершенно бесплодна, она изымает само существо, саму душу, сам “мотор” этики — совесть, так как освобождает от всякой личной ответственности, открывая возможность автоматизации принятия решения в ситуации морального выбора.

Этот выбор, эти трудные, подчас мучительные колебания в нередко казусных случаях — хорошо известный признак интеллигента — “человека этического” в противоположность “человеку политическому”, который относится к такому поведению с презрением, как наиболее решительно выразил Ленин. Между тем это прямое следствие того, что в этике нет стандартных одномерных решений (фильм “Пятая печать” Иштвана Сабо). И вместе с тем моральный фактор — великая сила. Его нельзя пощупать, но можно больно удариться.

Профессиональные этические кодексы, вопреки своему названию, ближе к праву, так как не индивидуальны и располагают внешними санкциями.

В наше время — эпоху этического кризиса, релятивизма, а у нас еще снова тотальной политизации, которая вмешивается в частный мир, нравственность, этика, профессиональная этика остаются важным и мощным фактором процесса психотерапии, чему посвящена огромная литература. (см. напр. “Этика психиатрии”. Ред. Сидней Блох и Пол Чодофф. Киев, 1998 г.)

И в этой отдельной теме можно говорить о многообразии психотерапевтического опыта. Я перечислю тезисно только некоторые основные нравственные проблемы психотерапии.

1. На первое место я бы поставил необходимость для психотерапевта опыта клинического психиатра, иначе легко недооценить глубину психического расстройства, отменить лекарства, открыть дорогу суициду, психотическому обострению, эпилепсии.

2. Второе место принадлежит конфиденциальности частного мира, врачебной тайне, которую постоянно атакуют кадровики и спецслужбы и которая не менее остра, чем тайна исповеди (“Овод” Войнич), иначе к нам многие перестанут обращаться.

3. Третьей опасностью является чрезмерное привязывание пациента к себе, как к костылю, вплоть до сексуальной близости, чем — как многократно показывалось — обе стороны вредят себе (Скотт Фицджеральд “Ночь нежна”). Судебный иск невозможен, если врач не выдал секс за метод лечения.

4. Учитывая чрезвычайную уязвимость и комплексную организацию аффективности, ятрогенность и непонимание шуток, общение с пациентом требует деликатности. Опасно лечить друзей и близких.

5. Надо быть готовым к нестандартному решению казусных, т.е. трудно разрешимых случаев. Как быть, например, когда приходится лечить защитный механизм, когда пациент агравант, симулянт или с тюремным, или военным истерическим психозом, и лечение приближает его к возвращению в зону, на передовую или к смертной казни? Как быть с должником, для которого самоубийство способ не разорить семью?

6. Как быть с неизбежным навыком софистики и манипулятивности, которые могут обернуться своей

негативно-заразительной стороной против самого психотерапевта?

7. Как быть с проблемой гонорара?

8. Как быть с ошибками и недобросовестностью коллег, использованием опасных, неапробированных методов (наркопсихотерапии, галлюциногенов, голодного дыхания, танато-психотерапии, и т.п.)?

9. Как быть с мистическими, паранаучными методами и явными мошенниками? Моим недавним тяжелым переживанием была беспомощность перед фиксацией близкого человека на совершенно разорительных бадах и псевдонаучных исследованиях. Впору было говорить о парциальной недееспособности, которой, к сожалению, еще нет в законодательстве.

10. Как быть при отказе от лекарств, от любого лечения, от общения, от жалоб на недопустимые действия врачей и целителей?

11. Правильно ли облегчать муки нечистой совести? Только психиатр может определить необходимо ли использовать лекарства, что, тем не менее, повсеместно делается, если не с помощью лекарств, то алкоголя. В пограничных случаях задача психотерапевта, как и духовника, — придать страданиям такого рода искупительное деятельное направление, а не облегчить их. Важно не стереть, не забыть, не вытеснить, а превратить душевную боль в энергетический источник достойной деятельности, в творчество.

12. Моральная составляющая психотерапии, как реально действующий лечебный фактор, недооценивается.

Из требований, предъявляемых к самому психотерапевту, назовем следующие:

1. Постоянное углубление и расширение мировоззренческих основ своей профессии.

2. Основываться на партнерских отношениях с пациентом и активировать в нем партнера.

3. Избегать каких-либо универсальных советов. Все уникально и требует творческих решений.

4. Самому пройти анализ.

5. Постоянно обсуждать казусные коллизии и собственные ошибки.

**Доклад психиатра, психотерапевта
Андрея Аркадьевича Шмиловича
“Схизис морали в психиатрии XXI века”**

Облик психиатрии начала XXI века претерпевает постоянную трансформацию и метаморфозу. Прежде всего, это связано с глобальным изменением клинического портрета основных психических заболеваний.

Канули в лету brutальные психопатологические нарушения, встречавшиеся повсеместно еще 20 – 30 лет назад, — грубые кататоно-гебефренные расстройства, тяжелые труднокурабельные формы парафренических психозов, неистовое и некупирующееся разрушительное психо-моторное возбуждение, апатические ступорозные состояния, психотические формы про-

грессивного паралича и т.п. Их место заняли пограничные психические нарушения с преобладанием неврозоподобной симптоматики, расстройств влечений, психосоматических эквивалентов и “масок”. Значительно расширилась и видоизменилась группа аффективных расстройств. При этом на смену классическим тоскливо-меланхолическим депрессиям пришли маскированные и ангедонические депрессивные состояния со значительной представленностью коморбидной тревоги. Бредовые психозы также подверглись определенному патоморфозу: редуцируется их поведенческая составляющая, бредовые переживания инкапсулируются и часто становятся незамеченными окружающими, не препятствуя профессиональной деятельности и социальному функционированию. Большая часть психических расстройств отягощаются наркологически с уменьшением числа случаев симптоматического алкоголизма и увеличением доли употреблений ПАВ психостимулирующего действия (преимущественно амфетамины и синтетические каннабиноиды). Значительно увеличилась частота встречаемости атипичных синдромов с сочетанием клинических проявлений двух и более психических расстройств разной нозологической природы (“микстовые” синдромы, краевые состояния, двойные диагнозы...).

В психиатрической науке и практике акцент врачебной мысли переместился с клинического на биологическое направление. Это привело к “атрофии” клинического мышления, повсеместной схематизации и алгоритмизации клинических подходов, созданию стандартизированных унифицированных алгоритмов терапевтических манипуляций, увлечению психометрией и размеренным видением психопатологии, приближении психиатрии к неврологии с перспективой полного слияния с ней под знаменем, так называемых, “нейронаук”.

Одновременно с этим, психиатрия существенно сблизилась с гуманитарными науками — психологией и социологией. Это привело к значительной экспансии психологической практики и тренингов в клиническую психиатрию. Принимая во внимание положительные стороны этого психолого-психиатрического союза, нельзя не обратить внимания и на обратную сторону медали — критика психиатрических подходов, создание мифов о пагубных социальных и биологических последствиях обращения к психиатрам и психофармакотерапии.

Гуманизация и социализация психиатрии привела к появлению концепции “recovery” — социального выздоровления, деинституализации психиатрических учреждений, повышению толерантности общества к душевнобольным, снижению стигмы, социальной интеграции пациентов (инклюзия), расширению границ психической нормы, исключению ряда пограничных психопатологических состояний из классификации болезней.

Повсеместная популяризация психиатрических знаний, активное внедрение психообразовательных и психопросветительских технологий с одной стороны оказало безусловно позитивное действие на уровень комплайенса и обращаемость за психиатрической помощью, с другой — привело и к ряду нежелательных явлений — появлению моды на некоторые психические заболевания и расстройства (БАР, несуицидальные самоповреждения, ипохондрия здоровья, некоторые обсессии и др.). Одновременно с этим (возможно, в связи с этим?), стал падать авторитет врачей-психиатров в обществе. Многие врачи покинули психиатрию, специализировавшись в смежных областях (психотерапия, сексопатология, сомнология, аддиктология...). Психиатрическая практика в этих условиях стала преобразовываться из творческого таинственно-романтического действия, приравняваемого к искусству, в ремесло.

Подобные метаморфозы оказались настоящим испытанием для моральных принципов и установок врачей-психиатров вне зависимости от того, начинают они свой профессиональный путь или являются уже аксакалами в профессии. У некоторых из них произошел своеобразный “схизис” морального облика. Расщепление морали в этих случаях находит свое отражение во всех сферах психиатрической деятельности: психопрофилактика, диагностика, выбор терапевтических стратегий, определение целей и методов лечения и реабилитации. Так, например, психопрофилактическая работа, позиционирующаяся как способ предотвращения болезни и страданий душевнобольных, при этом отмечается, что ее целесообразно проводить только лишь с целью уменьшения врачебной нагрузки и финансового бремени. Стандартизация диагностики, призванная быть фундаментом, так называемой, “доказательной” медицины, часто представляется как мера по снижению “интеллектуального бремени врача” (цитата из статьи в серьезном рецензируемом журнале). Учащение случаев отказов врачей скорой психиатрической помощи в недобровольном стационарировании одновременно считается и соблюдением гражданских прав больного и мерой по снижению финансового, физического и юридического бремени врача. Подобная амбивалентность видна и в обоснованиях ранних и очевидно преждевременных выписок психотических пациентов из психиатрических стационаров: это и “гуманизм” и профилактика госпитализма и одновременно — снижение финансового бремени и профессиональной нагрузки.

Моральные принципы могут “споткнуться” и на этапе выбора терапевтической тактики и определении целей лечебно-реабилитационного воздействия. При невротических расстройствах следует заниматься быстрым и эффективным бензодиазепиновым и нейролептическим “лечением”-анестезией или длительным, рутинным и трудоемким психотерапевтическим лечением-выздоровлением? В терапии психотиче-

ских расстройств главное убрать симптом любой ценой или стремиться к восстановлению личностных ресурсов больных и когнитивных функций? А социальная интеграция и реабилитация душевнобольных нужна для того, чтобы вернуть их в жизнь или переложить проблему и ответственность на другие плечи и сэкономить?

Эти и многие другие непростые, во многом философские, но постоянно возникающие в практической деятельности современного психиатра вопросы, не могут оставаться без ответа. Решение должно быть принято каждым из нас самостоятельно без учета общественного мнения, только на основании глубокого самоанализа и личных представлений о медицинской морали и этике.

**Доклад психиатра, психотерапевта
Бориса Аркадьевича Воскресенского
и невролога Анны Дмитриевны Омеляненко
“Некоторые клинические и
психотерапевтические аспекты
антагонистического бреда”**

Вот его основные положения.

Сердцевиной безумия назвал бред выдающийся французский философ Мишель Фуко. Бредовые расстройства многообразны, и в их обширном реестре находим бред антагонистический (манихейский). Он в своеобразной “психопатологической” форме ставит вопрос о том, “что такое хорошо и что такое плохо”. (Для клинической полноты размышлений напомним, что существуют также антагонистические галлюцинации, что контрастные навязчивости по существу являются переживанием антагонистическим. Несомненно, что перечень можно продолжить, усложнить).

В рамках исследований по проблеме “психиатрия и религия” мы стали искать ответ на вопрос, существуют ли абсолютные критерии “хорошего” и “плохого”. Окончательного, универсального ответа получить не удавалось. Даже наоборот — выявилась невозможность однозначной, “конечной” оценки каждого из лагерей. “Механизм моей связи с духами одинаков”, — разъяснял больной с антагонистическими императивными псевдогаллюцинациями, под влиянием которых он в прошлом совершил двойное убийство.

Основа оказалась другой, сугубо психопатологической. Первоначально возникает витальная — своеобразная — психотическая — деперсонализация (в понимании А. К. Ануфриева, 1992, А. Я. Басовой, 2009), которая при последующем усложнении расстройств — возникновении бреда — “черпает свое содержание из личностной тематики” (К. Конрад, 2015).

Обсуждение с больным этой измененности, (для выявления которой нередко требуются значительные время и усилия), может иметь определенное психоте-

рапевтическое значение. Оно способствует возникновению (или усилению) чувства болезненности состояния, побуждает больных дать согласие на лечение, становится одним из слагаемых комплаентности. Аналогичный подход используется нами (конечно, как скромный по своим возможностям прием) при бреде воздействия. “Бог никогда не вторгается насильно” (“Се, стою у двери и стучу...” Откр. 3, 20), — говорим мы больному-верующему (Воскресенский Б. А., 2014).

Возвращаясь к проблеме “что такое хорошо...” приходится с грустью констатировать, что окончательных, абсолютных критериев выявить (хотя бы на “патологическом” материале) не удалось. Вместе с тем этот вывод, кажущийся весьма пессимистическим, все-таки может быть осмыслен созидательно, гуманистически. Постмодернистская концепция бинарных оппозиций, находящихся не в антагонизме, а требующих антиномного принятия — вот спасательный круг, позволяющий сохранить веру в человека как существо разумное и нравственное. Но этот подход требует отдельного обсуждения. Выявленная неопределенность оценок может быть понята как выражение идеи свободы человека, свободы, при которой, по выражению Н. А. Бердяева, человек не выбирает между добром и злом, но творит их.

**Доклад психиатра, психотерапевта
Юлии Александровны Кухтенко
“Клиническая психотерапия
и синдром эмоционального выгорания”**

Наше видение проблемы синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) специалистов сходится со взглядом на структуру личности человека в современной психотерапии. Согласно четырех-частной концепции, мы предлагаем рассматривать синдром эмоционального выгорания в виде четырех-факторной модели — “био-психо-социо-духовной (культурной)” (Макаров В. В., 2012). То есть подразделить структуру синдрома на проблемы в социальной, биологической и психической сферах или на уровне культурного (духовного) развития.

Диссертационное исследование проводилось на базе кафедры психотерапии и сексологии, кафедры детской психиатрии и психотерапии, кафедры наркологии ФБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России на протяжении 3 лет.

Часть специалистов, обследованных нами, отмечали наличие последствий СЭВ в виде биологических проблем, проявляющихся в форме зависимостей от алкоголя (или психоактивных веществ), изменений на физиологическом уровне в виде нарушений биоритмов, циркадных ритмов. А также выражающихся в физическом утомлении, усталости, бессоннице и заболеваниях сердечнососудистой системы. При отсутствии соматического заболевания наблюдаются такие

симптомы как истощение, уменьшенный или увеличенный вес, недостаточный сон, бессонница, плохое общее состояние здоровья (Сидоров П. И., 2007). То есть затронут биологический компонент структуры человека. Это “биологический” тип “эмоционального выгорания”. Наиболее часто в этих случаях оправдано применение когнитивно — поведенческой психотерапии, в случае необходимости — гипноза. Групповая психотерапия также помогает преодолеть проявления симптома.

Другие специалисты отмечают наибольшие проявления синдрома эмоционального выгорания в психической сфере, в виде невротических состояний, психосоматических нарушений, депрессивных расстройств. Рассмотрим “психический” тип СЭВ. Это такие проявления аффективных признаков, как недостаток эмоций, пессимизм, цинизм и чёрствость в работе и личной жизни, безразличие, чувство усталости, ощущение фрустрации, беспомощности, безнадежности, раздражительность, агрессивность, тревога, неспособность сосредоточиться, депрессия, чувство вины (Сидоров П. И., 2007). В таких случаях подходит анализ сценария жизни человека с детальным обсуждением в группе сложившихся рабочих ситуаций, отношений с пациентами и коллегами. Также, при “психическом” типе СЭВ обосновано назначение расслабляющих технологий, в том числе применение техники “Океан” (В. В. Макарова) модифицированной для врачей, страдающих синдромом эмоционального (профессионального) выгорания (Макаров В. В., Кухтенко Ю. А., 2016), проведение гипнотических сеансов по М. Е. Бурно (2006), аутогенной тренировки, приемов символдрамы, эмоционально — образной психотерапии.

Некоторые врачи отмечают наличие проблем у себя, только в социальной сфере: в нарушении взаимоотношений с коллегами, с руководством, с пациентами и со своим непосредственным окружением. Это “социальный” тип СЭВ. В таких случаях отмечается потеря инициативности и интереса к досугу, увлечениям. У врачей нет времени или энергии для социальной активности. Социальные контакты в таких случаях ограничиваются работой, что выливается в скудные взаимоотношения с другими людьми как дома, так и на работе. У страдающего СЭВ врача появляется ощущение изоляции, непонимания других и другими, ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег (Сидоров П. И., 2007). При “социальном” типе СЭВ, необходимо применять технологию копинг — стратегий, когнитивно-поведенческую психотерапию; во взаимоотношениях с пациентами помогут разобраться Балинтовские группы.

Что касается четвертой категории профессионалов с “духовным” (культурным) типом СЭВ, то здесь превалирует собственно эмоциональное огрубление, циничное отношение к пациентам, формальное выполнение работы, косность мышления, отсут-

ствие гибкости при анализе проблем, уменьшение интереса к новым нетрадиционным подходам в решении рабочих вопросов. СЭВ проявляется дистанцированностью во взаимоотношениях с пациентами отсутствие желаний у прежде успешных врачей работать в сфере медицинского здоровья, что также проявляется отсутствием интереса к саморазвитию, повышению своего культурного уровня, потерей идеалов, надежд или профессиональных перспектив? увеличением деперсонализации (своей или других — люди воспринимаются как манекены), преобладает чувство одиночества (Сидоров П. И., 2007).

Безразличное отношение к пациентам свидетельствует об “огрублении душевной сферы” врача, вследствие чего поднимается вопрос об эффективности оказываемой помощи страдающим людям. Большое значение для “духовного” (культурного) типа “эмоционального выгорания” имеют вопросы смысла жизни, характерные для кризиса жизни людей, достигших средних лет. Наиболее часто в этом случае оправдано применение ТТС (Бурно М. Е., 2006) и экзистенциальной психотерапии и психотерапии по методу А. Ленглэ.

Зачастую встречается сочетание нескольких типов “эмоционального выгорания”.

Современная западная психотерапия представлена такими базовыми направлениями, как экзистенциальная психотерапия, психодинамическая психотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия. В основе Российской полимодальной терапии лежит, несомненно, “чисто российский метод — клиническая психотерапия” (Макаров В. В., 2012).

Преморбидно не каждая личность склонна к возникновению синдрома эмоционального выгорания. Появление СЭВ зачастую обусловлено заострением определённых черт личности специалиста — акцентуациями характера и темперамента. Так, в разрезе клинической классической психотерапии важен детальный разбор личностных особенностей и характеров людей, подчеркивающий черты, приводящие к синдрому эмоционального выгорания и другим негативным последствиям в профессиональной деятельности (Макаров В. В., Кухтенко Ю. А., 2016) Основу клинической (проникнутой клиницизмом) психотерапии составляют такие конкретные методы как классические гипнотерапия, первая ступень аутогенной тренировки, рациональная психотерапия Дюбуа, клиническая терапия творчеством (терапия творческим самовыражением) (Бурно М. Е., 2006). Мы предлагаем, опираясь на понимание характеров людей, проводить полимодальную психотерапию в групповом формате для коррекции синдрома эмоционального выгорания.

Специалистам всех типов важно знать особенности своего характера, понимать свои сильные и слабые стороны. Необходимо в групповой работе много-

кратно возвращаться к этим вопросам. Групповая работа, направленная на коррекцию синдрома эмоционального выгорания, несомненно, способствует самопознанию человеком своих собственных “слепых пятен”, расширению границ собственного “Я”, развитию эмпатии. А также личностному росту и способности дифференцировать свои чувства, как по отношению к самим себе, так и к другим участникам группы, а впоследствии и к пациентам с которыми сталкивается специалист. Важно научить участников переносить навыки, полученные при работе в группе на жизненные ситуации (Макаров В. В., Кухтенко Ю. А., 2016).

Основной упор при работе с акцентуированными специалистами делается не на том, чтобы исправить акцентуированные черты, а на том, чтобы человек понял особенности своего характера, ситуаций, в которых он чувствует себя особенно уязвимо. При осознании, увеличивается возможность формирования новых способов взаимодействий с пациентами и коллегами, а также изменения отношения к ситуациям, возникающим на рабочих местах (Макаров В. В., Кухтенко Ю. А., 2016).

Заключая первое заседание, его председатель М. Е. Бурно подчеркнул важность положения Ю. С. Савенко: нравственная основа психотерапии, нравственность, совесть — это иное, нежели мораль, моральный кодекс, действительно, освобождающий человека “от всякой ответственности”. Мы знаем, конечно, что сегодня морально одно, а завтра другое. Вот и из доклада А. А. Шмиловича узнаём, что диагностическая стандартизация, как считают некоторые исследователи, “облегчает” умственное напряжение врача. В самом деле, нет надобности клинически, диалектически сопрягать симптомы, составляющие картину расстройства, пронизывающую их личностную почву, просто нажимай себе кнопки. У настоящего клинициста разве не болит душа, когда над ним висит, что нужно больного выписывать недолеченным, поскольку стационарный срок прошёл? Возвращаясь к выступлению Ю. С. Савенко, конечно, сегодня клиницизм, клинический опыт сегодня серьёзно служит нашей врачебной нравственности.

Доклад Б. А. Воскресенского и А. Я. Омеляненко. Представляется важным психотерапевтическое обсуждение вместе с большим (с псевдогаллюциаторными антагонистическими императивными галлюцинациями) психической бредовой деперсонализации. Это, как выясняется, способствует тому, что больной чувствует болезненность своего состояния и соглашается на лечение.

В докладе психиатра, психотерапевта Ю. А. Кухтенко обнаруживается попытка соединить отечественную полимодальную психотерапию с психотерапевтическим клиницизмом.

Диалектика труда в психиатрической больнице: трудотерапия в Кашенко

И. Е. Сироткина, М. В. Кокорина

В 1796 году англичанин Вильям Тьюк и его жена Эстер открыли в Йорке “убежище” или “приют” (The Retreat) для душевнобольных. В отличие от тогдашних домов умалишенных, где царил насилие, в Йоркском убежище обращались со страдальцами строго, но гуманно, побуждая их к нравственному исправлению и психическому здоровью. Тьюк и его жена придерживались радикального протестантизма¹, который можно назвать сугубо этической версией христианства. В Убежище они играли роль родителей, наставляя своих детей-пациентов и помогая им вернуться к разумной и моральной жизни. Здесь все было организовано так, чтобы сумасшедшие могли почувствовать себя младшими, детьми: “вначале их нужно подчинить, затем подбодрить, приучить к труду, сделать для них труд привлекательным и приятным”².

Труд — одна из главных составляющих “нравственной терапии”, “*traitment moral*” — подхода, который предложил француз Филипп Пинель и поддержал Тьюк. Создатели “нравственной терапии” хорошо понимали, что та внутренняя сила принуждения, которой обладает труд, превосходит принуждение внешнее в любых его формах. Говоря словами Мишеля Фуко, если индивидуальный ум потерялся, заплутав в избыточной свободе, то физическое принуждение способно ограничить эту свободу не иначе, как чисто внешне³. Напротив, нравственное принуждение, заложенное в труде — распорядок рабочего дня, необходимость сосредоточиться и обязательно достигнуть определенного результата — действует на больного изнутри: “ограничение свободы, подчинение порядку, понуждение к ответственности отвлекают больного от пагубной для него свободы ума и вовлекают его в систему ответственности”⁴.

¹ Они принадлежали к религиозной группе “Общество друзей” (The Religious Society of Friends), известной также как Quakers (квакеры). Общество отличалось демократичностью отношений и отсутствием священников; его члены культивировали простоту в обиходе, честность и нравственность и много занимались благотворительностью.

² В. Тьюк, цит. по: М. Фуко. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. С. 479.

³ Там же. С. 475 – 476.

⁴ Там же. С. 479.

Итак, труд должен положить конец “отчуждению ума” больного — по-французски, “*aliénation mentale*”. Термин этот ввел в современную психиатрию тот же Филипп Пинель в своем “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie*” (“Медико-философский трактат об отчуждении ума и мании”, 1800). В русском языке есть эквиваленты этого термина: “сумасшествие”, “умопомешательство”, “умалишенный”. Говоря об “отчуждении”, Пинель подчеркивал временный характер безумия: ума можно лишиться, но его можно и вернуть (тот же смысл передают и русские эквиваленты этого слова). Возможно, термин этот восходит к латинскому “*alienatio mentis*”, который, в свою очередь, возник на основе юридического понятия “*alienus*” — принадлежащий другому человеку или месту (так, например, называли раба другого человека). В первой половине XIX века во французском языке термин “*aliénation*” (сумасшествие, умопомешательство) дал начало целому кластеру слов, относящихся к миру безумия: *aliéné* (сумасшедший, умалишенный), *aliénist* — человек, в чью обязанность входит смотреть за такими людьми (в XVIII веке это были священники, как Пинель, затем — врачи), *asile* или *maison des aliénés* — приют или дом умалишенных. И лишь позже, с середины века, в результате медиализации безумия, в употребление вошли соответствующие термины “душевнобольной”, “психиатр”, “психиатрическая больница”.

Медико-философский трактат Пинеля сразу после издания вызвал огромный интерес и оказал влияние на коллег — врачей и философов. Пинель искал подходящий термин, чтобы передать несчастье, напряжение и чувство одиночества тех людей, за которыми он поставлен был смотреть. Возможно, термин “отчуждение” он выбрал для обозначения отделенности индивида от социума, а также для того, чтобы связать душевное страдание с юридическими категориями собственности. Себя Пинель представлял в роли терапевта, который приводит заплутавших в безумии обратно в социум. Сэмюэл Тьюк, внук основателя Йоркского убежища, заимствовал у Пинеля этот термин, означающий временную утрату способности мыслить.⁵

⁵ Tuke, Samuel [1813] (1996). Description of the Retreat. London: Process Press.

Известно, что трактат Пинеля и введенный им термин высоко оценил Фридрих Гегель.⁶ В немецком языке глагол “отчуждать” (*entdussern* и *entfremden*) — рефлексивный, и Гегель придает ему значение “отчуждения от себя самого” — от собственной природы или человеческой сущности. Отчуждение (*Entfremdung*) происходит, когда человек ведет жизнь, при которой невозможно актуализировать свой потенциал, жить в соответствии с собственной природой. Личный опыт “отчуждения”, в данном смысле слова, проявляет себя в нехватке самоуважения, сознания собственной ценности, отсутствии смысла существования. Согласно Гегелю, отчуждение труда наступает тогда, когда стремление человека к единству, целостности, не может быть достигнуто. В такой ситуации труд не ведет к свободе, а, напротив, подтверждает нашу отделенность от мира, переживаемую как “иррациональную пропасть необходимости”.⁷

Вслед за Гегелем, об “отчуждении” говорил и Карл Маркс — конечно, переиначивая это понятие на свой лад. Один из смыслов, который Маркс в него вкладывает, заключается в том, что при капитализме рабочий отчуждается от своей человеческой сущности. Рабочий вынужден продавать свою рабочую силу под угрозой голода, поэтому труд — “не удовлетворение потребности в труде, а только средство для удовлетворения всяких других потребностей”. По Марксу, “труд является для рабочего чем-то внешним, не принадлежащим к его сущности; в том, что он в своем труде не утверждает себя, а отрицает, чувствует себя не счастливым, а несчастным, не развивает свободно свою физическую и духовную энергию, а изнуряет свою физическую природу и разрушает свои духовные силы”.⁸ В процессе такого труда рабочий оторван от самого себя и только вне труда он чувствует себя самим собой: “у себя он тогда, когда не работает; а когда он работает, он уже не у себя”.⁹

Говоря об “отчуждении ума”, Мишель Фуко возвращает нас к традиции словоупотребления, введенной Пинелем. В соответствии с этой традицией, под “отчуждением” понимается отчуждение именно *ума*, а не *человеческой сущности*. “Вернуть безумцу ум” — задача, которую общество возлагает на врачей и смотрителей домов умалишенных. Однако Фуко считает попытки окружающих вернуть сумасшедшему “ум”, поместив его в специальное заведение и заста-

вив там работать, насилием над его человеческой сущностью. Психиатры, от которых требуется выполнить жесткий социальный заказ, по необходимости понимают “ум” заодно с обществом — как подчинение (буржуазному) порядку, принятие на себя ответственности за свои поступки, “доступность” для окружающих, способность устанавливать контакт. Фуко же пытается пересмотреть понятие “ума”, которым пользуются врачи и социум в целом. Его вопрос: “чей ум?” (свой, чужой, пролетарский, буржуазный...) не менее радикален и историчен, чем вопрос “чей труд?”, поставленный Марксом. И правда, говоря: “лишиться ума”, “сойти с ума”, “помешаться в уме”, “потерять ум” — что именно здесь имеется в виду? О каком именно, *чьим* уме идет речь?

Для того, чтобы вернуть себе свободу, разум и субъектность, безумец сперва должен признать за собой статус объекта, подчиниться врачу-смотрителю как старшему и осознать свою виновность. Этому и служит распорядок лечебницы, включая трудовую терапию, — с их помощью внешнее принуждение превращается в личную ответственность. Подчиняясь распорядку и включаясь в процессы терапевтического труда, пациент переносит внешнее принуждение во внутренний план, превращая его в моральные узы ответственности. “Тьюк, — пишет Фуко, — создал психиатрическую лечебницу, в которой свободный ужас безумия оказался подменен тревожной и не имеющей выхода вовне ответственностью; теперь страх царит не по ту сторону тюремных ворот — он свирепствует в самой тюрьме, за крепкой печатью сознания”.¹⁰

К вопросу о неотчуждаемой сущности, “человеческой природе”, которую внешние обстоятельства могут исказить, но не уничтожить, Фуко относился с осторожностью. А вот Маркс в нее свято верил. Рабочий на фабрике подчиняется внешним требованиям и может даже интериоризировать их, налагая на себя ограничения. Однако, при отсутствии внешнего и внутреннего насилия, он возвращается к существованию свободному, в гармонии с собственной сущностью. Маркс мечтал о том, что при коммунизме рабочий освободится от эксплуатации, а сам труд станет удовольствием, творчеством, средством “самоактуализации”. Освобожденный от эксплуатации труд и есть настоящая цель коммунизма, он — залог “гармонической личности” и процветания общества, “первое основное условие всей человеческой жизни”: “труд создал самого человека”.¹¹

Задуманный Марксом эксперимент по “освобождению труда” был осуществлен в нашей стране, где после Октябрьской революции культ труда, рабочих, пролетариата стал государственной политикой.

⁶ См.: *Weiner Dora B. Mind and Body in the Clinic: Philippe Pinel, Alexander Crichton, Dominique Esquirol, and the Birth of Psychiatry // The Languages of Psyche: Mind and Body in Enlightenment Thought. Ed. by G. S. Rousseau. Berkeley etc.: University of California Press, 1991. P. 333.*

⁷ См. о влиянии альенистов на Гегеля: Daniel Berthold-Bond. *Hegel's Theory of Madness. New York: SUNY Press, 1995. Pp. 93 – 94.*

⁸ *Маркс К. Экономическо-философские рукописи 1844 года // К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 42, стр. 41 – 174 (42).*

⁹ Там же.

¹⁰ *Фуко М. История безумия в классическую эпоху. С. 475.*

¹¹ *Маркс К. и Энгельс Ф. Соч., т. 23, с. 195.*

Очень быстро он охватил все области жизни, включая психиатрию. Воспроизводя расхожие формулировки, Л. Л. Рохлин писал: “теперь, когда в нашей стране труд стал первейшей потребностью, является основой и стимулом творческой жизни, еще лучше оценили психотерапевтическое значение труда осмысленного, целенаправленного, дающего радость”.¹² В. А. Гиляровский особенно ценил в трудотерапии элемент самопринуждения, который, по его словам, заставляет больного преодолевать внутреннее сопротивление.¹³ Психиатрам было трудно разобраться в марксовской диалектике: идет ли речь о труде принудительном или по потребности.¹⁴ В результате труд надолго — вплоть до появления эффективных нейролептиков — сделался основным методом “активной терапии”.

Близость официальных взглядов на труд и позиции психиатров по вопросу о трудотерапии особенно хорошо была заметна со стороны. Американец Джо-зеф Уортис, приехавший в СССР с целью изучить постановку психиатрического дела, сообщил впоследствии своим читателям: “С первых дней революции существовала идея, что каждый должен работать. А потому рекомендовалось 1) по-возможности, избегать госпитализации, 2) устраивать для больных специальные цеха и сельскохозяйственные колонии, 3) развивать мастерские в больницах”.¹⁵ Осмотрев несколько заведений (конечно, из тех, которые ему показали), Уортис засвидетельствовал исключительное значение трудотерапии в советской стране. Мастерские, по его словам, были снабжены всем необходимым, в них работал специально обученный персонал. “В этом виде психотерапии, — не без оснований заключал он, — в особенности видна этика, нравственные устои общества”.¹⁶

Утрируя, можно сказать, что по-настоящему “освобожденным” труд в СССР был только на коммунистических субботниках и в психиатрических больницах: там работали не для денег, а ради облагоражива-

ющей, развивающей и целительной силы труда. Не забудем и то, что обстановка в больнице была подчас такова, что работать для больного было лучше, чем не работать. По этой причине, а также потому, что организация работ в психиатрической больнице стоила усилий и средств — требовалось устроить мастерские или огородное хозяйство, закупить оборудование и инвентарь, договориться о сбыте продукции, обучить инструкторов, сопровождать больных на работы и обратно — трудотерапия была роскошью. Далеко не все психиатрические больницы могли себе ее позволить, а там, где она имела, запрет работать стал еще одним способом наказания пациентов (это в особенности касается так называемых специальных больниц ведомства внутренних дел). Парадоксальным образом, в психиатрической больнице возможность работать ценилась гораздо выше, чем в целом в стране, где официально воспевались трудовая “героика” и “романтика”, а на деле “освобожденный труд” понимался как “освобождение от труда”.

Начало трудотерапии в России

С началом земской медицины, в 1880-е годы, в России начали строиться новые психиатрические больницы. Под влиянием Йоркского убежища и других западных лечебниц, построенных в соответствии с идеалом патриархальной общинной жизни на природе, больницы эти строились как “сельскохозяйственные колонии” или “фаланстеры”.¹⁷ Так возникли Колмовская психиатрическая больница Новгородского земства, Бурашевская больница-колония Тверского земства, больницы-колонии в Сапогове Курской губ., в Галенчине близ Рязани, в Кувшинове близ Вологды, Карамзинская лечебница под Симбирском, больницы в Херсоне и Полтаве.¹⁸ Главными аргументами за размещение лечебницы за городом служили полный покой больных, наличие “необходимого простора”, о котором могли только мечтать пациенты и персонал в тесных и скученных психиатрических заведениях города, и возможность организовать работы. Особенно целебными считалось возделывание земли и уход за животными, приближавшие пациента к целебной природе.

Разрабатывая проект больницы-колонии в Нижегородской губернии, психиатр П. П. Кашенко (1858 — 1920)¹⁹ отправился в поездку по Англии,

¹² Рохлин Л. Л. Очерки психиатрии / под ред. директора Моск. института психиатрии проф. Д. Д. Федотова. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М.: Минздрав РСФСР и др., 1967.

¹³ См.: Бугайский Я. П. Организация медицинского обслуживания психических больных в условиях районного диспансера (опыт работы психоневрологического диспансера Фрунзенского района г. Москвы). М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1961. С. 158.

¹⁴ Вера в воспитательную силу труда страшным эхом отозвалась в идее концентрационных лагерей, которую Лев Троцкий придумал вскоре после революции и которая, с одобрения Ленина, стала реальностью уже в самом начале 1920-х годов. Так называемые трудовые лагеря и колонии предназначались для исправления “нетрудовых элементов”. Мы, естественно, не можем вдаваться здесь в эту болезненную тему.

¹⁵ Wortis J. Soviet Psychiatry/ Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1950. P. 155.

¹⁶ Ibid. P. 182 — 183.

¹⁷ Якубович Л. Ф. [ординатор лечебницы]. Труд душевно-больных Винницкой окружной лечебницы и его лечебно-воспитательное значение. Киев: Тип. О. В. Кульженко, 1902.

¹⁸ Наумов Ф. А. Организация психиатрической помощи и психопрофилактика. С предисловием проф. К. И. Поварина. Л.: Практическая медицина, 1927. С. 96 — 97.

¹⁹ См. о нем: Лиманкин О. В., Чудиновских А. Г. Петр Петрович Кашенко. Жизнь и судьба. СПб.: Ковчег, 2009. Я благодарю Елену Просветину за подаренный экземпляр этой книги.

Шотландии, Бельгии, Франции и Германии. За три месяца он посетил более дюжины психиатрических больниц и на основе увиденного составил детальный план больничных построек и поэтажные планы больничных корпусов. В 1895 году руководствуясь указаниями Кашенко, меценат И. М. Рукавишников приобрел под колонию часть бывшего имения писателя П. И. Мельникова-Печерского в деревне Ляхово. Архитектор П. П. Малиновский спроектировал колонию в соответствии со всеми пожеланиями психиатра, одним из которых был доступ пациентов к сельскохозяйственному и ремесленному труду. У больницы имелось 300 – 500 десятин земли, удобной для посева и огородных работ, с лесом и сенокосом, было построено здание для мастерских — соломенной, столовой, сапожной, портняжной.²⁰

Однако с введением работ для пациентов ведет начало дилемма трудотерапии. С одной стороны, труд будет целебным, если он — свободный и добровольный и если пациент сознает, что работает для своего выздоровления и не ждет вознаграждения, как за наемный труд. С другой стороны, для администрации больницы — большой соблазн этот даровой труд пациентов использовать. При некоторых загородных больницах-колониях устраивались целые цеха и даже заводы. В начале 1900-х годов ткацкие мастерские Новознаменской больницы изготавливали такое количество сарпинки, что ее хватало не только на платья для сиделок и душевнобольных женщин, на летние костюмы для больных мужчин и служителей, но и на удовлетворение заказов соседней больницы Всех скорбящих.²¹ В Винницкой окружной лечебнице, основанной в 1897 году, существовал кирпичный завод; изготовленный там кирпич шел, в том числе, на постройку новых павильонов больницы.²²

Московская больница имени Н. А. Алексеева, хотя и принадлежала городу, но находилась в загородной местности и также была устроена по образцу больниц-колоний. В 1894 году ее директором стал психиатр В. Р. Буцке (1845 – 1904). Он отрицательно относился к медицине “прежнего времени, полагавшей всю свою силу в фармацевтических средствах”, а потому положил много сил на устройство Алексеевской больницы таким образом, чтобы в ней “стены лечили”. “В сущности, я изобретатель”, говорил о себе сам психиатр.²³ Буцке ввел в Алексеевской больнице

систематические работы в мастерских и на открытом воздухе. В 1895 году больные высадили тысячу деревьев и кустарников, засадили ивовую плантацию (для плетения корзин), корчевали лес, развели ягодник и розарий; следы этих работ можно видеть в Алексеевской больнице и сейчас. В хозяйственном отчете с 1896 года появилась статья расходов “на специальные предметы для занятий и развлечений больных”, и этот вид расходов, как того и желал Буцке, превышал траты на медикаменты.²⁴

Наблюдать за трудотерапией назначили врача-ординатора С. С. Ступина — такого же, как Буцке, реформатора и изобретателя.²⁵ На рубеже веков Ступин выступил с несколькими инициативами, среди которых — устройство “народных санаториев” для мягких форм психозов и выздоравливающих.²⁶ Пытаясь правильно организовать трудотерапию,²⁷ он поставил вопрос о том, не является ли труд пациентов их эксплуатацией: “В настоящее же время положение работающего душевнобольного хуже положения работающего в тюрьмах, рабочих домах, исправительных заведениях”. Ибо там все работающие получают всю или часть своей заработной платы, тогда как в психиатрических больницах “почти всюду труд больных составляет нескрываемый предмет дохода города, земства, и поступает целиком в возврат за содержание, уже так или иначе оплаченное обществом или родственниками их”.²⁸ Мысль о самокупаемости больницы трудом больных Ступин считал несовместимой с сутью трудотерапии как нравственного лечения. Он также сомневался, что “больной, против воли своей задерживаемый в больнице, может... работать со спокойной душой и полной охотой, зная, что семья лишилась в нем работника и что он сам, сколько он ни работай здесь, лишен возможности заработка”.²⁹ Больной — утверждал Ступин — не будет долго работать даром, ради препровождения времени; ему так же, как и здоровому, нужна определенная и понятная цель работы и возможность эту цель достичь.

Сто лет спустя основания Йоркского убежища идея лечения трудом сталкивалась с понятными труд-

²⁰ Давыдова А. А. История формирования и развития архитектурного комплекса колонии для душевнобольных при селе Ляхово (Нижегородская областная психоневрологическая больница № 1) <http://www.opentextnn.ru/space/nn/dom/?id=1708>.

²¹ Наумов Ф. А. Организация психиатрической помощи и психопрофилактика. С предисловием проф. К. И. Поварина. Л.: Практическая медицина, 1927. С. 96 – 97.

²² Якубович Л. Ф. [ординатор лечебницы]. Труд душевно-больных Винницкой окружной лечебницы и его лечебно-воспитательное значение.

²³ Там же.

²⁴ Литвин А. А. Основные этапы развития трудовой терапии в психиатрической больнице имени П. П. Кашенко // Вопросы клиники и терапии психических заболеваний / под ред А. Л. Андреева. М., 1960. С. 368 – 391 (368 – 370).

²⁵ Там же, с. 372.

²⁶ Юдин Т. И. Очерки истории психиатрии. С. 333.

²⁷ Ступин С. С. О задачах правильной организации труда душевнобольных в психиатрических больницах. Доклад Обществу невропатологов и психиатров в Москве 9-го апреля 1899 г. // Русская мысль. 1900.

²⁸ Ступин С. С. К вопросу о правильной организации работ душевнобольных в психиатрических больницах // Журнал невропатологии и психиатрии. 1901; 5: 995—1005; перепечатано: Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Нейродиагностика, 2007. № 2. С.49 – 52.

²⁹ Там же.

ностями. Тьюк считал, что труд в больнице не обязан быть производительным — он служит иным, нравственным целям. В соответствии с этой патриархальной моделью вопрос о вознаграждении работающих больных был решен российскими психиатрами отрицательно. Для такого решения были и другие причины: расчет с каждым отдельным больным представлял сложности, вносил в больницу совсем не свойственную ей меркантильность, вызывал недовольство у некоторых больных, считающих себя недостаточно вознагражденными, и порождал конфликты.³⁰ Кроме того, вставал вопрос социальной справедливости: работали далеко не все пациенты,³¹ а плодами труда работающих теоретически пользовались все — заработанные деньги шли на обустройство больницы.

Считая, что модель “нравственного лечения” в современном обществе не срабатывает, Ступин всё же предлагал эту модель сохранить и заботиться “не столько о доходности работ, сколько о лечебном назначении их: пусть лучше больной перепортит несколько материала, но попробует идти дальше в своем деле”. Труд больных должен быть не работой (оплачиваемой), а обучением и развлечением. В своем проекте больничных мастерских он предлагал сделать здание мастерских “красивым и роскошно обставленным”.³² Если доход от работ и будет получен, его нужно пустить на добавочное вознаграждение мастеров и служителей. Мастерам следует выплачивать денежное вознаграждение за каждого вновь обученного больного, “и чем труднее было обучить его, тем больше должно быть вознаграждение”.³³

Размышления Ступина интересны по двум причинам. Во-первых, в них отразился образ больницы как “коммуны” или “фаланстера” — социалистического, по сути своей, сообщества, где все работают в соответствии с индивидуальными возможностями и где каждый получает по своим потребностям. Во-вторых, рассуждения Ступина выдают то замешательство, в котором находились и, возможно, до сих пор находятся психиатры. С одной стороны, если труд полезен, прежде всего, для самого больного и несет ему исцеление, то больному никакого денежного вознаграждения за него не полагается. С другой стороны, любой труд должен быть оплачен, иначе это эксплуатация (это требование стало статьёй советской конституции).

³⁰ Там же.

³¹ Иван Казимирович Быковский, проведенный в Алексеевской больнице “сто дней” и оставивший об этом воспоминания, трудотерапию вообще не упоминает. Из этого можно сделать вывод, что он к работам не привлекался — возможно, из-за своего “благородного” происхождения. См.: *Быковский И. К.* Сто дней в сумасшедшем доме (Впечатления авт.) / Соч. Ж. Альфред (И. К. Быковского). М.: тип. М. А. Добрышева, 1903. С. 117.

³² <http://www.mediasphera.ru/journals/korsakov/detail/326/8266/>

³³ Ступин С. С. К вопросу о правильной организации.

Война и революция поставили психиатрические больницы на грань выживания. Многие врачи-психиатры ушли на фронт, больницы отдали раненым. После 1917 года закрылись некоторые больницы и все деревенские патронажи, кроме Московского; пациенты гибли от голода, холода, болезней и отсутствия ухода.³⁴ Несмотря на все трудности организации психиатрической помощи в армии и в тылу, которые свалились на их плечи, врачи-психиатры нелегко принимали большевистскую революцию. Кащенко врач считал коммунизм болезнью, безумием.³⁵ Однако, когда в 1918 году только что образовавшийся Народный комиссариат здравоохранения пригласил Кащенко возглавить отдел невропсихиатрической помощи, тот согласился и прослужил в НКЗ два года.

В августе 1919 года состоялось первое всероссийское невропсихиатрическое совещание, на котором обсуждались принципы устройства психиатрии в советском государстве. Кащенко, организовавший на своем веку больницы-колонии в Ляхово и Сиворицах, стоял за восстановление колоний, но в то же время ратовал за превращение больниц из “мест призрения” в “места лечения”. Еще до войны, на XVIII съезде врачей Московской губернии в августе 1913 года прозвучало мнение, что мечта о больницах-колониях, “фаланстерах” для хроников — утопия. Как писал Т. И. Юдин, “не каждому нужны и приятны эти “фаланстеры”... для многих психически больных изъятие из семьи вовсе не является желательным”. Юдин считал идеалом “не пребывание в благоустроенных “фаланстерах”, а участие в активной жизни, пусть даже с ослабленной работоспособностью”.³⁶ Как альтернативу, врачи предлагали амбулаторную помощь душевнобольным, остающимся у себя дома. Уже в 1903 году Буцке создал городской патронаж, врач которого по сути выполнял функции диспансерного врача, и Москва была поделена на участки между патронажными врачами Алексеевской и Преображенской больниц. На втором совещании в ноябре 1923 года московские психиатры Л. М. Розенштейн и П. М. Зиновьев поставили вопрос о сети невропсихиатрических диспансеров — для того, чтобы “улавливать начальные формы и оказывать помощь на дому”.³⁷ На диспансеры (первый открылся в Москве в 1925 году) возложили задачу трудоустраивать амбулаторных больных;³⁸ с той же целью организовали

³⁴ См.: *Sirotkina I.* Toward a Soviet Psychiatry — War and the Organisation of Mental Health Care in Revolutionary Russia. In *Soviet Medicine: Culture, Practice, and Science*. Ed. by F. L. Bernstein, C. Burton and D. Healy. Dekalb: Northern Illinois U. P., 2010. P. 27 – 48.

³⁵ По свидетельству Ольги Зубец, чей дед-коммунист был другом Кащенко.

³⁶ Юдин Т. И. Очерки истории психиатрии. С. 333 – 334.

³⁷ Там же, с. 369.

³⁸ Там же, с. 376 – 378.

“дневные стационары” и “трудоустройство профилактории” для амбулаторных пациентов, которые приходили туда днем, работали и получали обед.³⁹ Советская система психиатрической помощи планировалась как многоступенчатая: диспансер, больница для острых случаев на 150 – 200 коек, отделения для реактивных состояний в соматических больницах и санатории для пограничных форм и легких расстройств.

Однако амбулаторная помощь не решала острейшей проблемы психиатрии: что делать с больными, которых не принимает их ближайшее окружение, с больными, потерявшими работу, жилье, семью? Социум выталкивает человека, и часто психиатрическая больница становится его единственным убежищем. К началу 1931 года в Больнице им. Кащенко (имя этого психиатра было ей присвоено в 1922 году) находилось 1338 пациентов, что намного превышало ее плановую вместимость.⁴⁰ Больница оказалась переполнена хрониками и группами больных, на которых не была рассчитана — хроническими и острыми алкоголиками без психических явлений, психопатами, травмаками. Так дело обстояло не только в Кащенко, но и во многих других больницах. В связи с этим, в период первой пятилетки и реконструкции народного хозяйства заговорили о “реконструкции” психиатрической помощи. 26 октября 1931 года вышло постановление Наркомата рабоче-крестьянской инспекции РСФСР по проверке психиатрического дела в республике. В постановлении говорилось, что сеть больниц недостаточна, их санитарное состояние оставляет желать лучшего, в них не хватает персонала, трудовая терапия применяется слабо, наконец, что среди больных много нуждающихся не в лечении, а в признании.⁴¹

Чтобы превратить психиатрическую больницу из “места признания” в “место лечения”, прежде всего, требовалось избавиться от хроников. Советским психиатрам волей-неволей пришлось вернуться к дореволюционной практике больниц-колоний. В 1931 году при Больнице им. П. П. Кащенко была создана “сельскохозяйственная трудовая колония” недалеко от села Тропарево. История этой колонии — своеобразный рассказ в рассказе, и тоже — на тему труда.

³⁹ Кудинов А. И. (Москва). О работе дневных стационаров // Вопросы трудовой терапии / отв. ред Э. А. Бабаян. М.: МЗ СССР, 1958. С. 259 – 261.

⁴⁰ Коганович И. Н. и Посвянский П. Б. Основные принципы лечения и организации психически больных в психиатрическом стационаре (Двухлетний опыт реконструкции Психиатрической больницы им. П. П. Кащенко) // Психиатрическая больница на путях реконструкции. Сборник работ Психиатрической больницы им. П. П. Кащенко Мосгорздравотдела. Т. 1. / отв. ред. И. Н. Коганович. М.: Медгиз, 1934. С. 5 – 27 (6).

⁴¹ Юдин Т. И. Очерки истории психиатрии. С. 396.

Трудовая сельскохозяйственная колония “Тропарево”

Место, где основали колонию — на юго-западе от Москвы, в нескольких верстах от Калужской заставы, уже четыре десятилетия считалось “психиатрическим районом”. Еще в начале 1890-х годов Н. Н. Баженов открыл в селе Семеновском деревенский патронаж: больных-хроников распределяли по крестьянским домам, снабжали одеждой и бельем, а хозяевам платили определенную сумму в месяц за стол и уход. Особенно охотно в крестьянские семьи брали женщин, которые помогали в хозяйстве и присматривали за детьми. В 1897 году Алексеевская больница открыла свой собственный патронаж, который со временем охватил несколько сел и деревень: Троицкое, Зюзино, Никулино, Богородское, Никольское, Деревлево, Тропарево (теперь это — районы Москвы). “Психиатрический район” представлял собой окружность 6 – 7 км в диаметре.⁴² Больше всего больных (65 человек) жило в Тропарево; в Беляево и Деревлево существовал приемный покой, здесь же находился служебный персонал и были организованы работы больных. К 1917 году в патронаже Алексеевской больницы в разных селах обитало 450 больных. После революции при патронаже была создана Комиссия по оздоровлению труда и быта, куда входили главный врач больницы, старший врач патронажа, член местного профкома больницы, член секции здравоохранения Моссовета, представители деревень, местных партийных организаций, участковый и санитарный врачи. Молоденькие женщины-врачи, члены комиссии, вели санпросветработу, обучали основам гигиены, проводили развлекательные мероприятия.⁴³ Однако численность больных в патронаже уменьшалась — в тесной зависимости от бедствий деревни и, в особенности, с началом коллективизации.⁴⁴

Вопрос о создании, в дополнение к патронажу, сельскохозяйственной колонии был поставлен уже в 1911 году, но до реализации дело дошло лишь двадцатью годами позже. Помог случай. Недалеко от Тропарева существовала толстовская коммуна “Жизнь и труд”. Возникла она в конце 1921 года, когда несколько молодых людей решили вести коллективное сельское хозяйство и заключили с Московским уездным

⁴² Аменицкий Д. А. Роль Канатчиковой дачи — больницы им. П. П. Кащенко в истории дореволюционного развития отечественной психиатрии // Проблемы клиники и терапии заболеваний. Пятый сборник научных работ психиатрической больницы им. П. П. Кащенко. М., 1946. С. 294 – 304.

⁴³ Данаев Н. П. История развития деревенского патронажа и трудколонии // Проблемы психиатрии военного времени. Четвертый сборник научных работ психиатрической больницы им. П. П. Кащенко. М., 1945. С. 57 – 70 (57 – 61).

⁴⁴ Хотя и в годы войны в патронаже оставалось 60 женщин. См. там же, с. 61 – 69.

земельным отделом договор на аренду небольшого бывшего помещичьего имения, носившего название Шестаковка.⁴⁵ Договор подписал председатель коммуны Борис Васильевич Мазурин (1901 – 1989) — толстовец по убеждениям и образу жизни. Со-основателями коммуны стали Ефим Моисеевич Сержанов и его товарищ Швильпе.⁴⁶ Эти последние проповедовали “пананархизм” и “всеизобретательство” — идеи всеобщей и немедленной анархии и пересоздания мира. Они так объясняли свое кредо: “Вот вы, толстовцы, стремитесь к естественному, а мы, наоборот, считаем естественное — диким, хаосом. Мы считаем, что всё, всё в области человеческой жизни без исключения надо совершенствовать, изобретать”.⁴⁷ Например, они “пытались изобрести такое концентрированное питание, в виде пилюль-“пиктонов”, проглотив которые, человек получил бы все нужное для жизни своего организма, но чтобы в то же время это питание было безвыделительное и человек не сгорал бы, а сохранялся бы вечно”. Сожалея, что человек треть своей жизни проводит во сне, всеизобретатели упражнялись в том, чтобы спать как можно меньше. “От этих опытов, — пишет Мазурин, — один наш будущий коммунар, Миша Роговин, чуть не отдал Богу душу”.⁴⁸ Между собой Сержанов и Швильпе говорили на своем языке “Ао” и придумали себе имена, которые на этом языке имели смысл: Сержанов — Биэльби, “изобретатель жизни”,⁴⁹ а Швильпе — Биаби.⁵⁰

В коммуне “Жизнь и труд”, по признанию самих ее членов, работали слишком много: рабочий день начинался в три часа ночи и продолжался до заката.

⁴⁵ Коробко М. Ю. Богородское-Воронино: Исчезнувшая подмосковная // Московский журнал. 1992. № 7. С. 43.

⁴⁶ К сожалению, его инициалы нам неизвестны.

⁴⁷ Мазурин Б. В. Рассказ и раздумья об истории одной толстовской коммуны “Жизнь и труд” // Воспоминания крестьян-толстовцев. 1910 – 1930-е годы / сост. А. Б. Рогинский. Серия “Время и судьбы”, М.: Книга, 1989. С. 93 – 206.

⁴⁸ Там же.

⁴⁹ Kuznecov S. N. Interlingvistiko en “kosma dimensio”: vojago inter kosmoglotiko kaj kosmolingvistiko http://www.lingviko.net/db/10_kuznecov.htm.

⁵⁰ Язык Ао — один из вариантов универсального языка, подобного эсперанто, детище того века, когда зародились мечты о консолидации человечества и полетах в космос. Язык Ао его придумали братья Гордины, Аба (1887 – 1964) и Вольф (Владимир) (см.: Гордин В. Л. Грамматика логического языка АО. М., 1924). Эти лингвистические поиски перекликались со словотворчеством русских футуристов — и, прежде всего, Велимира Хлебникова (вспомним его стихотворение 1908 – 1909 годов “Бобэоби пелись губы...”). В 1927 году на Первой Всемирной выставке межпланетных аппаратов и механизмов в Москве языку Ао, представленному как язык космического общения, отвели отдельный стенд. См.: Аролович А. В. Анархизм-универсализм в контексте русской “космической парадигмы” начала XX века. Дисс. ... кандидата культурологии. М.: МГУ, 2004.

Такого трудового энтузиазма не наблюдалось даже в религиозных коммунах — например, в коммуне теософов “Заря на Востоке” рабочий день начинался после завтрака, около 9 часов и заканчивался в полдень, после которого все отдыхали.⁵¹ “Единственным недостатком (как я это теперь вижу) было чрезмерное увлечение трудом, — вспоминал Мазурин. — Труд поглощал все время, все силы, все внимание”.⁵² Михаилу Горбунову-Посадову Шестаковка (так называли “Жизнь и труд” близкие люди) показалась одной из наиболее суровых из знакомых ему толстовских коммун.⁵³ “Труд-то есть, а жизни нет” — жаловались коммунары.⁵⁴

В коллективизацию толстовским коммунам пришел конец — ведь в них, в отличие от колхозов, практиковался настоящий коммунизм. 28 февраля 1930 года Президиум ВЦИК принял постановление о “переселении толстовских коммун и артелей”. Толстовцы отправились в Сибирь. “Хозяйство свое, — пишет Мазурин, — мы сговорились передать психиатрической больнице имени Кащенко. Эта больница по окрестным деревням практиковала так называемый патронаж, т.е. спокойных душевнобольных раздавали на прожитие крестьянам за соответствующее вознаграждение, и на месте нашей коммуны они решили сделать как бы небольшое отделение больницы, ведающее делами таких больных. Всего они уплатили нам 17 тысяч. Шестаковка и наш коммунальный дом стали заполняться новыми людьми, рабочими и служащими больницы”.⁵⁵

Весной 1931 года в новообразованную колонию перевели 126 больных, уже проводивших долгие годы в больнице и патронаже. Принимались больные всех решительно отделений. Никакая клиническая диагностика не служила противопоказанием; при отборе руководствовались не столько диагнозом, сколько состоянием больного. Как оптимистично писали врачи Больницы им. Кащенко, “опыт показал, что даже возбуждаемые эпилептики, малодоступные шизофреники, раздражительные дебилы и олигофрены, неустойчивые психопаты — все они в условиях трудового кол-

⁵¹ Петухова Т. В. Коммуны и артели толстовцев в советской России (1917 – 1929). Ульяновск: УлГТУ, 2008. С. 61.

⁵² Мазурин Б. В., *op. cit.*

⁵³ Горбунов-Посадов М. И. Три коммуны. Отрывки из воспоминаний // Воспоминания крестьян-толстовцев. 1910 – 1930-е годы / сост. А. Б. Рогинский. Серия “Время и судьбы”, М.: “Книга”, 1989. С. 441 – 442. В 1928 году у толстовцев около месяца гостили жена друга и ученика Л. Н. Толстого, основателя издательства “Посредник”, писателя И. И. Горбунова-Посадова, Елена Евгеньевна и их двадцатилетний сын Михаил (1908 – 1991). Здесь они редактировали 45-й том Полного собрания сочинений Л. Н. Толстого, в который вошла его духовное завещание — работа “Путь к жизни”.

⁵⁴ Мазурин Б. В., *op. cit.*

⁵⁵ Там же.

лектива поддаются его воздействию и мало-помалу приспособляются к коллективу”.⁵⁶ На стенах колонии вполне могло быть написано: “основным методом лечения является труд”.⁵⁷

Сразу же 85 % больных были направлены на наружные работы — обустроить жильё. Основатели колонии жаловались, что хозяйство получили не в лучшем виде: скотный двор разрушен, инвентарь вывезен, на территории не было питьевой воды, а единственное жилое помещение требовало ремонта.⁵⁸ Работали в колонии почти столько же, как в толстовской коммуне: рабочий день начинался в 6.45 утра и продолжался до 19.00 летом и до 17.00 – 18.00 зимой. Работать должны были все пациенты спокойного отделения; освобождались от работ только по распоряжению врача; упорно неработающих отправляли в патронаж.

Первоначально Кунцевский исполком передал колонии 26 га земли, 15 коров и 2 лошади. К 1934 году количество пахотной земли увеличилось, стадо возросло вдвое, был организован крольчатник, увеличена пасека и высажены питомники вишен.⁵⁹ Сделали парники, стали даже разводить клубнику — благодаря исключительному вниманию и уходу больного Ливенцова. “Весь рост хозяйства, — рапортовали врачи, — совершился при непосредственном участии и исключительной заинтересованности той группы больных, которая трактовалась как состоящая из безнадёжных хроников, социально запущенных, нуждавшихся только в призрании.”⁶⁰ Агрономом был назначен Г. С. Сергеев, из пациентов Донской клиники.

В мае 1931 года в колонии поселился заведующий-врач. Персонал колонии состоял из двенадцати сестер и сорока санитарок; каждые десять дней из города приезжал профессор-психиатр и проводил разбор больных. В 1937 году открыли электрокабинет, в 1938 году — кабинет дантиста. К 1939 году в колонии было 160 штатных коек, из них 115 — в рабочем отделении, 45 — в слабом; тогда же главный врач Больницы им. Кашенко составил план развития колонии, предусматривавший постройку корпусов и увеличение числа коек до 300. Пополнялась колония больными из Кашенко, больницы им. З. П. Соловьева и па-

тронажа, в котором в 1930-е годы находилось более 100 больных.⁶¹

Врачи колонии гордились тем, что в отличие от патронажа, где “зажиточно-кулацкая часть крестьян заставляла [больных] много и тяжело работать, .. в колонии каждый чувствует себя полноправным гражданином, членом трудового коллектива, понимает социальную полезность и от этого сознания приобретает почву под ногами, уверенность в себе”.⁶² Здесь, утверждали психиатры, “больной — равноправный член коллектива с сознанием собственной полезности”.⁶³ Пациенты имели возможность освоить новую профессию и перспективы перехода в трудовую и свободную жизнь. Все больные получали зарплату, с определенной целью — накопить достаточную сумму денег для приобретения себе необходимого “обмундирования” при выписке.

В колонии практиковалась “система открытых дверей”, при которой “дисциплина поддерживается не репрессиями, а воздействием коллектива”.⁶⁴ За 12 лет произошло всего пять несчастных случаев, а случаев успешного лечения было достаточно. Например, больная И., 23 лет, безродная и бездомная, с диагнозом “шизофрения”. С шести лет она жила в детских домах; в юности арестована была по подозрению в контрреволюции и оказалась в Бутырской тюрьме, откуда попала в Институт психиатрии. В 1932 году была направлена на работу в колонию ввиду абсолютной невозможности приспособить ее к работе в патронаже. “В колонии первое время недисциплинирована, всегда с папиросой в зубах и агрессией к окружающему. На целом ряде коллективных работ (полка, уборка овощей) не удерживалась. Была направлена на крольчатник; там быстро освоилась, проявила интерес и сообразительность, и вскоре ей было поручено ведение самостоятельной площадки, где работает одна, ответственна, подчиняясь лишь общему руководству. Проявила себя, была даже премирована. В настоящее время является квалифицированной крольчатницей, к коллективу привыкла, ужилась с ним, принимает участие в общей жизни, принадлежит к числу организаторов”.⁶⁵

Судя по отчетам, жизнь в колонии напоминала санаторную: больные принимают солнечные ванны и души, купаются в водоемах, для них выписываются газеты, показывают звуковое кино, устраиваются еженедельные вечера самодеятельности и раз в месяц

⁵⁶ Вангенгейм С. С. и Повицкая Р. С. Опыт сельскохозяйственной трудовой колонии при Больнице им. Кашенко // Психиатрическая больница на путях реконструкции. Сборник работ Психиатрической больницы им. П. П. Кашенко Мосгорздравотдела. Т. 1. / отв. ред. И. Н. Коганович. М.: Медгиз, 1934. С. 41 – 59.

⁵⁷ Объяснительная записка к статистическому отчету филиала больницы “Тропарево” за 1951 год. Архив Психиатрической больницы № 1 им. Алексеева (Кашенко).

⁵⁸ Там же.

⁵⁹ Данаев Н. П. История развития деревенского патронажа и трудколони, с. 61 – 69.

⁶⁰ Вангенгейм С. С. и Повицкая Р. С. Опыт сельскохозяйственной трудовой колонии.

⁶¹ Морковин В. М., Агеева З. М. Московская клиническая психиатрическая больница имени П. П. Кашенко. М.: Медицина, 1987. С. 82 – 83.

⁶² Вангенгейм С. С. и Повицкая Р. С. Опыт сельскохозяйственной трудовой колонии.

⁶³ Данаев Н. П. История развития деревенского патронажа и трудколони, с. 61 – 69.

⁶⁴ Там же.

⁶⁵ Там же.

проводятся беседы врача. В клубе играют в настольные игры, заводят патефон, читают книги из библиотеки в полтысячи томов. А в 1951 году в колонии появился телевизор и было “проведено 64 сеанса телевидения”.⁶⁶

Однако отчеты за последующие десятилетия рисуют не столь радужную картину. В них сообщается, например, что инструкторов по трудотерапии лишь двое, что явно недостаточно, и потому десятью сельскохозяйственными бригадами руководят сами больные.⁶⁷ Медицинская помощь также затруднена: в колонии нет своей лаборатории и, для того чтобы сделать самые несложные анализы, больных приходится возить в больницу. В колонии даже не было своего врача-психиатра.⁶⁸ В отчетах проскальзывали и жалобы на бедственное положение персонала: столовой для сотрудников нет, помещение детсада очень тесное. Зато медсестры еженедельно занимались в кружках по изучению истории партии, а санитарки посещают политшколу (для сравнения: занятия психиатрией с ними проводились только дважды в месяц).⁶⁹

До сентября 1951 года колония “Тропарево” имела статус самостоятельного учреждения, а потом сделалась филиалом Больницы Кащенко.⁷⁰ Две трети больных находились в колонии более десяти лет — это не просто пациенты с затяжными формами болезни, но и безродные, не имеющие квартир и перспектив на выписку, и престарелые с патронажа (в патронаже к 1964 году осталось 25 человек), — словом, те, кому больше некуда было идти.⁷¹ Вскоре, однако, случилось неизбежное: Москва, расширяясь, поглотила и земли психиатрической колонии, и те деревни, в которых размещался патронаж. Теперь на месте колонии “Тропарево” стоят здания Московского медицинского университета.

“Индустриальная реконструкция” в Кащенко

Не только в колонии, но и в самой больнице труд вышел на роль главного лечебного метода. В 1923 году в отчетах Алексеевской больницы (к этому времени она уже носила имя Кащенко) трудотерапии уже отводится специальный раздел. Мастерские вне отделений были сконцентрированы в одном помещении и оснащены машинами, а заведовал ими один из стар-

ших врачей.⁷² Мастерские внутри отделений были устроены даже в столовой наблюдательной палаты и изоляторе беспокойного коридора.⁷³ В больнице появились инструкторы по труду и было создано методическое бюро.⁷⁴ К середине 1930-х годов в больнице рапортовали о рекордных цифрах: трудотерапией охвачено 60 – 70 % от общего числа больных и почти 90 % тех, которым труд показан.

Назначая трудотерапию, врач мог выбирать из 15-ти различных форм труда и 50-ти трудовых процессов, входящих в “поточное производство”.⁷⁵ Задача состояла в том, чтобы для любого пациента найти процесс, с которым он мог справиться в данный момент и участие в котором позволяло бы видеть плоды работы. “Поточное производство” на деле сводилось к изготовлению игрушек: на мужской половине делали автомобиль, на женской — куклу и зайчика. В 1932 году производство мягкой игрушки было заменено производством туфель с веревочной подошвой. Больные в остром отделении занимались клеейкой пакетов, починкой белья, а также “художественным творчеством и изобретательством”.⁷⁶ В отдельном здании был устроен механизированный трикотажный цех. Выработка была довольно высокой, до 50 коп. в день; был создан премиальный фонд. Часть вырученных денег шла на улучшение питания (продукты из кооператива по выбору больных и горячие завтраки).

Для оценки эффективности трудотерапии на каждого больного заводилась карта, которую заполняли трудинструктор и врач. Велся дневник поведения больного и отдельно — карта на больного, работающего в трикотажной мастерской.⁷⁷ Успешных случаев лечения трудом было достаточно. Больная Б., 19-ти

⁷² Литвин А. А. Основные этапы развития трудовой терапии в психиатрической больнице имени П. П. Кащенко // С. 376 – 378.

⁷³ Коганович И. Н. и Посвянский П. Б. Основные принципы лечения и организации психически больных в психиатрическом стационаре, с. 15 – 21.

⁷⁴ К середине 1930-х годов здесь числилось 15 трудинструкторов по отделениям (из среднего медперсонала), 13 помощников инструкторов (из младшего), 17 инструкторов в мастерских вне отделений, старший врач по трудотерапии и старший методист-инструктор. См.: Литвин А. А. Основные этапы развития трудовой терапии в психиатрической больнице имени П. П. Кащенко.

⁷⁵ Посвянский П. Б. Основные проблемы трудовой терапии психозов. (Доклад на I Всеукраинском съезде невропатологов и психиатров в июне 1934 г.) // Проблемы клиники и терапии психических заболеваний. Сборник научных работ психиатрической больницы имени П. П. Кащенко (Москва) / под ред. В. А. Гиляровского и др. М.: Медгиз?, 1936. С. 107 – 119 (115 – 117).

⁷⁶ Там же, с. 95 – 96.

⁷⁷ Коганович И. Н., Мелехов Д. Е., Посвянский П. Б. Трудотерапия в психиатрических больницах [доклад на конференции “Активная терапия шизофрении”] // Советская невропатология. 1932. Т. 1. Вып. 12. С. 716 – 725.

⁶⁶ Объяснительная записка к статистическому отчету филиала больницы “Тропарево” за 1951 год. Архив Психиатрической больницы № 1 им. Алексеева (Кащенко).

⁶⁷ Там же.

⁶⁸ Отчет за 1964 год.

⁶⁹ Там же.

⁷⁰ Отчет о работе филиала больницы “Тропарево” за 1952 год.

⁷¹ Отчет о работе филиала больницы “Тропарево” за 1960 г.

лет, с кататонической формой шизофрении, впервые отправившись на трикотажную фабрику, сначала пугливо озиралась, растерянно, нелепо смеялась, но через два-три дня охотно работала и приходила назад в отделение более доступной и веселой. Через десять дней рассказала инструктору, что все три месяца пребывания в больнице она считала себя окруженной врагами, угрожавшими ей смертью. На фабрике среди здоровых Б. окончательно убедилась, что люди в отделении желают ей только добра. Через два месяца ее выписали в хорошем состоянии с квалификацией трикотажницы-мотористки. Столь же успешным был случай больной О., 40 лет. Вначале она резко требовала выписать ее из “сумасшедшего дома” и от работы отказывалась. Затем втянулась в работу, была выписана с улучшением и стала инструктором по трудотерапии в одном психиатрических учреждений.⁷⁸

Основываясь на таких случаях, психиатры сходились на том, что трудотерапия полезна, а противопоказания минимальны.⁷⁹ Трудотерапии приписывалось действие отвлекающее, успокаивающее, корректирующее, укрепляющее компенсаторные возможности и, наконец, предупреждающее образование больничных артефактов. Так, набивка зайца опилками под руководством бригадира оказалась именно тем процессом, который включал в работу самых безнадежных пациентов, упорядочивая и растормаживая их движения.⁸⁰ Больная “амбивалентной формой шизофрении” признавалась: “Я ненавижу ваших зайцев, а делаю их с удовольствием”.⁸¹ Депрессивная больная с пороком сердца, у которой был постельный режим, требовала себе работу в кровать, говоря: “без работы я вся исхожу от злости”.⁸² Еще одна больная сообщала, что во время работы “чувствует себя человеком” и “забывает, что находится в психиатрической больнице”.⁸³

В эпоху индустриальной реконструкции и механизации производства нельзя было не думать о машине. Труд, утверждал психиатр В. П. Бугайский, поддер-

живает в больном чувство собственного достоинства — особенно если он приближен к реальному производству, вроде работы у станка. Тогда “за больным... сохраняется роль руководителя машины: он волен дать ей движение или приостановить ход”.⁸⁴ В больнице возникла мысль о постройке здания политехнических мастерских (в то время, когда ванны в отделениях находились в чрезвычайно запущенном состоянии, а водопровод и канализация не ремонтировались в больнице со дня их постройки!)⁸⁵ Даже в сельскохозяйственной колонии устроили резиновый цех, в результате чего в мастерских стало очень тесно. Врач колонии в сердцах написал: “больным здесь делать нечего и к тому же эти машины производят ужасный шум. Где же охранительно-лечебный режим? В стационаре висят лозунги “Соблюдайте тишину”, а здесь в мастерской, где больные проводят 5–6 часов ежедневно, стоит такой шум. Не знаю, кому нужна эта “фабрика”. В мастерской стоит большая мотальная машина, тоже занимает большую площадь. Машина эта не эксплуатируется”.⁸⁶

Подражением происходящим в стране политическим процессам стала попытка создать из больных “производственные бригады” и “трудовые коллективы”. Доктора Д. Е. Мелехов, О. В. Вейс и инструктор-трудотерапевт Ф. Ф. Черенкова сами объединились в “бригаду по трудотерапии”, и больные они тоже разделили на бригады. Советские идеологи подчеркивали преимущества “рабочего коллектива” от “группы” как механического собрания индивидов: “коллектив” существует только при социализме, он объединен общими целями и ценностями. Психиатры за ними повторяли: “коллектив колонии является естественным коллективом, производственно обоснованным”, в противоположность западным психиатрическим больницам, где “коллектив больных понимается как механическое соединение разнообразных элементов без определенных производственных отношений”.⁸⁷

Попытка Мелехова, Вейс и Черенкова создать из пациентов “коллективы” в первой и второй бригадах, куда входили “ступорозные шизофреники, параноидные формы, ажитированные и тяжелые депрессии с заторможением, пресинильные и грубые органики”, не удалась. Однако в третьей бригаде, куда вошли пациенты с диагнозом “реактивная депрессия”, “на-

⁷⁸ К вопросу о трудовой терапии при острых психических заболеваниях. Работа бригады в составе: д-ра Д. Е. Мелехова, д-ра О. В. Вейс и инструктора-трудотерапевта Ф. Ф. Черенковой. Б-ца им. Кашенко (гл. врач — И. Н. Коганович) и Ин-т невро-психической профилактики НКЗ (дир. — проф. Л. М. Розенштейн). (Из опыта организации лечебного труда больных в остром покойном отделении для производственных рабочих в больнице им. Кашенко в 1932 году) // Сборник работ психиатрической больницы им. Кашенко. М., 1934. С. 93 – 117 (99 – 100).

⁷⁹ Там же, с. 106 – 110.

⁸⁰ К вопросу о трудовой терапии при острых психических заболеваниях. Работа бригады в составе: д-ра Д. Е. Мелехова, д-ра О. В. Вейс и инструктора-трудотерапевта Ф. Ф. Черенковой. С. 106 – 110.

⁸¹ Там же, с. 98 – 99.

⁸² Там же.

⁸³ Посвянский П. Б. Основные проблемы трудовой терапии психозов, с. 115.

⁸⁴ Бугайский Я. П. Организация мед.обслуживания психических больных в условиях районного диспансера (опыт работы психоневрологического диспансера Фрунзенского района г. Москвы). М.: Гос.изд-во мед.лит-ры, 1961. С. 172.

⁸⁵ Коганович И. Н. и Посвянский П. Б. Основные принципы лечения и организации психически больных в психиатрическом стационаре, с. 25 – 27.

⁸⁶ Отчет о работе филиала больницы “Тропарево” за 1952 год.

⁸⁷ Вангенгейм С. С. и Повицкая Р. С. Опыт сельскохозяйственной трудовой колонии.

чальная органика с расстройством настроения”, “простые и депрессивные формы шизофрении”, всё получилось. Был составлен “производственный план со строгим учетом ежедневной выработки, с занесением на диаграмму выработки по шестидневкам”. В результате, сообщали авторы эксперимента, третья бригада стала вырабатывать до 270 штук мягкой игрушки в месяц при плане в 120.⁸⁸

Даже в остром отделении, где работали Д. Е. Мелехов и О. В. Вейс, трудовыми процессами было занято до 80 % (!) больных. Проводились собрания пациентов, работа каждого обсуждалась всей бригадой, больные выпускали стенгазету, использовалась “красная” и “черная” доски (потом, правда, “черную” доску пришлось убрать, так как оказавшиеся на ней пациенты реагировали слишком болезненно).⁸⁹ Не забыли о “коммунистическом воспитании” и создании “своеобразной “общественности”, пронизанной классовыми установками”.⁹⁰

В Кашенко — советском обществе в миниатюре — был реализован и классовый подход. В период реконструкции решили оказывать психиатрическую помощь по классовому признаку: прежде всего, рабочим и крестьянам. Производственных рабочих и приравненных к ним “инженерно-технических работников и педагогов” отнесли к “группе А”. Отделения для этой группы были обставлены с возможным комфортом, палаты — просторнее питание лучше, персонал — более квалифицированный; в них работали трудотерапевт, физкультурник и “культурник”, имелся нужный инвентарь (из чего можно заключить, что в отделениях для других групп всего этого не было или было недостаточно). С целью профилактики душевных болезней для больных группы А открыли санаторное отделение в отдельно стоящем корпусе, с цветником и фонтаном. Здесь устроили солярий с душами, большим физкультурным городком и возможным комфортом внутри отделения; использовались все имеющиеся на тот день виды активной терапии, включая чудо-лекарство гравидан, переливание крови и малярийную терапию, действовал электро-световой кабинет. С больными проводили рациональную психотерапию, а за выписавшимися наблюдали специальные сестры социальной помощи.⁹¹

⁸⁸ К вопросу о трудовой терапии при острых психических заболеваниях. Работа бригады в составе: д-ра Д. Е. Мелехова, д-ра О. В. Вейс и инструктора-трудотерапевта Ф. Ф. Черенковой, с. 95 – 96.

⁸⁹ Литвин А. А. Основные этапы развития трудовой терапии в психиатрической больнице имени П. П. Кашенко // С. 368 – 391 (380 – 382).

⁹⁰ Вангенгейм С. С. и Повицкая Р. С. Опыт сельскохозяйственной трудовой колонии.

⁹¹ Коганович И. Н. и Посвянский П. Б. Основные принципы лечения и организации психически больных, с. 9 – 10.

Так в психиатрическую больницу вводились идеологические практики, совершенно ей чуждые. Психиатры быстро переняли официально принятые ценности и дискурс, заговорив о “подготовке кадров”, оборудовании мастерских, “укреплении хозяйственной базы” и даже об “ударничестве” и “соцсоревновании” среди больных.⁹² Конечно, они не могли сделать так, чтобы работали *все* больные — как того требовали при социалистическом строе, но пытались к этому приблизиться, мотивируя это тем, что “ликвидация безработицы и потребность в рабочей силе требуют использования работников с пониженной трудоспособностью”.⁹³ Планировалось оценивать остаточную трудоспособность больных с помощью медико-трудовой экспертизы и организовать “небольшие специальные мастерские с несложным производством”, где больные могли бы зарабатывать на жизнь и даже получать новую квалификацию.⁹⁴ Было решено ввести изучение трудотерапии в программы медвузов и курсов усовершенствования врачей. От медтехникумов требовалось готовить инструкторов по трудотерапии, знакомых с психиатрией и политехнически образованных. Заявленная в годы первой пятилетки “реконструкция психиатрического режима” виделась как полный “переход на трудовые принципы”.⁹⁵

Сами психиатры признавали, что в области трудотерапии не обошлось без излишеств. Как тогда говорили, “эти неправильные установки были своевременно раскритикованы”.⁹⁶ “В головах многих товарищей, — писал доктор Посвянский, — трудовая терапия получила значение преобладающей и почти единственной формы лечения психических заболеваний. Высказывались даже мысли о том, что нужно отменить само название “психиатрическая больница”, а создавать своеобразные производственные организации, лечебно-производственные комбинаты, отменить само название “отделения” больницы и назвать их цехами”.⁹⁷ Критики предупреждали, что, назначая трудотерапию, нельзя не учитывать состояние больного, а также что при неправильном подборе трудовых процес-

⁹² Цетлин [Цейтлин] С. Л. Пути развития трудотерапии // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. Т. 1 / под ред. И. А. Бергера и В. В. Ченцова. М.: Изд-во НКССО, 1934. С. 46 – 58.

⁹³ Там же, с. 59 – 60.

⁹⁴ Мызников В. А. [инструктор по трудотерапии, Гос. научный институт невро-психиатрической профилактики, дир. Л. М. Розенштейн] Трудотерапия в условиях современных лечебных учреждений и новые виды трудовой помощи душевнобольным // Журнал невропатологии и психиатрии 1931. №3. С. 30 – 34.

⁹⁵ Там же.

⁹⁶ Александровский. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1934, в. 4, с. 122 – 128), цит. по: Юдин Т. И. Очерки истории психиатрии. С. 391.

⁹⁷ Посвянский П. Б. Основные проблемы трудовой терапии психозов, с. 107 – 109.

сов могут наступать и отрицательные результаты.⁹⁸ Наконец, указывалось, что лечащий врач не должен передоверять полностью лечение трудом специальному врачу-трудотерапевту, тем паче — инструктору.⁹⁹

Но и Великую отечественную войну работы не прекратились: в Кащенко пациенты вязали теплые вещи для фронта, для себя в жестяном цехе делали кружки из консервных банок.¹⁰⁰ Сразу после войны в больнице построили четыре одноэтажных здания для мастерских, в общей сложности, на несколько сот рабочих мест — целая фабрика! В тощие послевоенные годы мастерские занимались выполнением чисто хозяйственных задач, и врачи сетовали на то, что работу для пациентов приходится назначать, исходя из нужд восстановления больницы, а не потребностей пациента.¹⁰¹ Мастерские только и успевали снабжать полуфабрикатами.

В 1954 году вышел приказ Минздрава “Положение о лечебно-производственных (трудовых) мастерских при психоневрологических и психиатрических учреждениях”.¹⁰² По сравнению с 1930-ми годами, тон стал более осторожным: рекомендовалось привлекать к трудовым процессам максимально возможное число больных, но только тех, кому трудотерапия показана.¹⁰³ Как позже писал Л. Л. Рохлин, “в советских психиатрических больницах труд применяется лишь в тех случаях, когда он полезен для больных. Врач выбирает для каждого больного работу, которая ему больше подойдет, не будет его утомлять, не повредит его здоровью”.¹⁰⁴

Трудотерапия в эпоху нейролептиков

Неизвестно, чем закончилась бы эпопея с трудотерапией в стране освобожденного труда, если бы в психиатрию не пришли медикаменты. Уже с середины 1930-х годов получает распространение метод лече-

⁹⁸ Литвин А. А. Основные этапы развития трудовой терапии в психиатрической больнице имени П. П. Кащенко, с. 380 – 382.

⁹⁹ Лебединский М. С. Психотерапевтическое значение лечения трудом // Вопросы трудовой терапии / отв. ред Э. А. Бабаян. М.: МЗ СССР, 1958. С. 87 – 98.

¹⁰⁰ Литвин А. А. Основные этапы развития трудовой терапии в психиатрической больнице имени П. П. Кащенко, с. 382 – 386.

¹⁰¹ Там же.

¹⁰² Бабаян Э. А. Современные задачи психоневрологических учреждений в области трудотерапии // Вопросы трудовой терапии / отв. ред Э. А. Бабаян. М.: МЗ СССР, 1958. С. 5 – 11.

¹⁰³ Литвин А. А. Основные этапы развития трудовой терапии в психиатрической больнице имени П. П. Кащенко, с. 382 – 386.

¹⁰⁴ Рохлин Л. Л. Очерки психиатрии / под ред. директора Моск.института психиатрии проф. Д. Д. Федотова. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М.: Минздрав РСФСР и др., 1967. С. 333.

ния инсулиновым шоком (малые дозы инсулина при отказе от пищи, при истощениях начали применять еще в 1929 году).¹⁰⁵ В Тропарево проводили вливание глюкозы, витаминов, сернокислой магнезии, брома, уротропина, новокаина, инъекции мышьяка, стрихнина, синестрола, миоля, кофеина, кордиамина, фолликулина, инсулина дробными дозами, давали больным биохиноль и резерпин.¹⁰⁶ В 1950-е годы стали широко применять аминазин.¹⁰⁷ От одной крайности — увлечения трудотерапией — врачей занесло в другую: они настолько увлеклись медикаментозным лечением, что забыли объяснять патогенез (в то время, как этиология большинства душевных болезней оставалась невыясненной).¹⁰⁸

Правда, сторонники трудотерапии доказывали, что она эффективна и там, где лекарства не работают. Приводился случай больного Б-ва, школьника 18 лет. Он заболел в 1953 году, поступил в Институт им. Бехтерева в начале 1956 года. У мальчика 32 раза (!) вызывались прекоматозные состояния инъекциями инсулина и семь раз — электро-судорожные припадки. Ничто не помогало. Тогда его заняли трудотерапией: начав с плетения авосек и клейки коробок, мальчик освоил другие процессы и, якобы, настолько втянулся в работу, что после выписки продолжал ездить в цех из дома. Врачи и семья констатировали улучшение, хотя и не могли утверждать, от чего именно оно наступило: от инсулина, трудотерапии или же просто от времени.¹⁰⁹

Тем не менее, трудотерапия в Кащенко и даже в колонии постепенно уходила на второе или третье место, уступая терапии медикаментозной, требующей от психиатрических заведений гораздо меньше организационных и человеческих усилий. Стали утверждать, что трудотерапия, как и другие виды психотерапии, имеет лишь вспомогательное значение — “закрепляет результаты лечения психотропными средствами, повышает их эффективность”.¹¹⁰ Вскоре “социально-трудовую реабилитацию” уже нельзя было помыслить без “длительного медикаментозного

¹⁰⁵ О начале применения инсулина см.: Zajicek B. Scientific Psychiatry in Stalin’s Soviet Union: The Politics of Modern Medicine and the Struggle to Define ‘Pavlovian’ Psychiatry, 1939 – 1953. Ph. D Dissertaion. University of Chicago, 2009. О медикаментозном лечении в психиатрии см.: Юдин Т.И. Очерки истории психиатрии. С. 394.

¹⁰⁶ Отчет о работе филиала больницы “Тропарево” за 1956 г.

¹⁰⁷ Отчет о работе филиала больницы “Тропарево” за 1960 г.

¹⁰⁸ Панченко Н. В., Рубинова Р. С., Слуцкая И. И. Применение трудовой терапии при затяжных формах шизофрении // Вопросы трудовой терапии / отв. ред Э. А. Бабаян. М.: МЗ СССР, 1958. С. 149 – 153.

¹⁰⁹ Там же.

¹¹⁰ Рохлин Л. Л. С. 333.

и психотерапевтического воздействия”.¹¹¹ Даже самые твердые сторонники трудотерапии признавали, что возможности реабилитации “существенно возросли после введения в клиническую практику эффективных антипсихотических средств”.¹¹²

В 70 – 80-е годы XX века были открыты новые сельскохозяйственные колонии и промышленные цеха, переименованные в “реабилитационные центры”. В этих центрах, как и в психиатрических больницах в 1930-е годы, пациентов считали почти нормальными работниками, только с ослабленной работоспособностью (там, где справлялся один здоровый работник, предлагали поставить трех-четырех душевнобольных). Так, в 1973 году в Калужской областной психиатрической больнице на базе лечебно-трудовых мастерских открыли специальный цех турбинного завода. Поскольку цех располагался на территории больницы, возможность работать в нем больные получали еще будучи в стационаре. Пациенты зачислялись в штат, получали зарплату, надбавки за выполнение плана и оплачиваемые больничные и отпуска. Администрация завода обеспечивала их различными по сложности видами труда от простых картонных работ до сборки электросхем радиоаппаратуры. Пациенты могли стать членами профсоюзной организации и привлекались к общественной работе.¹¹³

Расцвет трудотерапии закончился с распадом СССР. Одна из главных причин современного ее упадка — недочеты нового психиатрического законодательства, принятого в 1992 – 1994 годах, в котором статус мастерских оказался не прописан. Еще одним препятствием стали обвинения в адрес больничной администрации в эксплуатации пациентов. Согласно “Принципам защиты лиц с психическими заболеваниями и улучшения психиатрической помощи”, принятыми Генеральной ассамблеей ООН в том же 1992 году, “ни при каких обстоятельствах пациент не должен принуждаться к работе... Труд пациента в психиатрическом заведении не должен эксплуатироваться. Каждый пациент должен иметь право получать за любую сделанную им работу такое же вознаграждение, которое было бы выплачено, в соответствии с внутренним законодательством или обычаем, за такую работу не пациенту” (принцип 13, ч. 3, 4).¹¹⁴ В российском Законе о психиатрической помощи этот

принцип сформулирован следующим образом: “Все пациенты, находящиеся на лечении или лечении в психиатрическом стационаре, вправе... получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде”.¹¹⁵ Однако проведенный мониторинг показал, что в большинстве психиатрических больниц России этот принцип не выполняется. Оказалось, что многие врачи не чувствуют разницы между различными формами трудо- и социотерапии, с одной стороны, и использованием труда пациентов, с другой.¹¹⁶

Критике трудотерапии способствовали и злоупотребления в больницах с усиленным режимом — так называемых специальных психиатрических. В своей книге “Карательная медицина” Александр Подрабинек сообщает, что в 1970-е годы в некоторых спецбольницах трудотерапия была обязательной для всех пациентов (которых Подрабинек называет “заключенными”), а в других — добровольной, и администрация лишь поощряла участие в ней.¹¹⁷ Хотя работать под нейротлептиками сложно,¹¹⁸ многие пациенты-заключенные охотно работали; в таких случаях администрация, в виде наказания, работать запрещала. Другие, напротив, отказывались от работы, не соответствующей их образованию и подготовке (обычно она состояла из клейки картонных коробок, изготовлению переплетов книг или швейных изделий). Зарплаты выплачивались (переводились на счет), но были нищенскими, а значит, делает вывод Подрабинек, пациенты подвергались эксплуатации.

Даже в обычных психиатрических больницах часть пациентов воспринимает трудотерапию как принудительную меру, к тому же, часто не соответствующую профессиональному уровню пациента. По-видимому, по этой причине при деинституционализации психиатрии в ряде западных стран от трудотерапии отказались и перешли к труду по трудовому договору, который гарантирует права пациента и оплату его работы.¹¹⁹ Что касается тех психиатров, которые не хотят совершенно отказываться от трудотерапии — разумеется, добровольной, — то они пытаются дать ей новое, более строгое определение. Например, такое: “трудотерапией может называться только то, что не является элементарной примитивной монотонной работой, выполняется пациентом

¹¹¹ Справочник по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. Изд-е 2-е, переработ. и дополн. М.: Медицина, 1985. С. 300.

¹¹² Научный центр психического здоровья РАМН. Социально-трудовая реабилитация психически больных <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/28/chapter/109>

¹¹³ Там же.

¹¹⁴ Цит. по: Мониторинг психиатрических стационаров России — материалы к обсуждению // Независимый психиатрический журнал. 2004. № 3; цит. по: <http://www.npar.ru/journal/2004/3/monitoring.htm>

¹¹⁵ Цит. там же.

¹¹⁶ Цит. там же.

¹¹⁷ Podrabinek A. Punitive Medicine. Transl. by Alexander Ginzburg. Ann Arbor: Kroma Publs, 1980. P. 28, 145.

¹¹⁸ Цит. по: Коротенко А. И., Аликина Н. В. Советская психиатрия: Заблуждения и умысел. — Киев: Сфера, 2002. С. 60, 64.

¹¹⁹ Del Giudice G. Psychiatric Reform in Italy. Trieste, 1998.

добровольно, наполнено индивидуальным смыслом и способствует процессу выздоровления”.¹²⁰

Основным критерием трудотерапии служит “отсутствие принуждения, желание пациента, игровой и творческий элемент в характере деятельности и благотворное влияние на процесс лечения”. Но здесь встает проблема — как понимать “добровольность”, что, в конечном счете, опирается в вопрос об отчуждении труда, с которого мы начали статью. В случае с пациентами психиатрической больницы, лишенными субъектности и свободы, особенно трудно определить, что явится добровольным трудом, а что — эксплуатацией. Эксплуатацией называют “все, что выходит за пределы терапии занятостью (всевозможные хобби) и трудотерапии, (вовлечение в ответственную трудовую деятельность) и за что человек не получает достойного вознаграждения, ... *независимо от добровольности*”.¹²¹ Для трудотерапии, таким образом, остаются лишь самые невинные занятия — как в тех больницах, где пациентов никогда не привлекают к уборке, а предлагают ухаживать за цветами или по-

мочь в оформлении отделения — повесить шторы, картины и т.п.¹²² И основатели Йоркского убежища, и, тем более, советские апологеты трудотерапии этим вряд ли бы удовлетвоались. Но осилить диалектику свободного труда они тоже, увы, не смогли. И не мудрено, ведь за так называемой терапией трудом стояли три очень разные модели: 1) патриархальная модель большой семьи, где врач — отец семейства, а пациенты — его неразумные дети, 2) капиталистическая модель индивидуального труда за монетарное вознаграждение и 3) коммунистическая модель труда целительного, восстанавливающего целостность индивида. Призванный преодолеть “отчуждение ума”, труд в психиатрической больнице, пребывание в которой почти никогда не бывает свободным, вел к отчуждению работающего от самого себя. Как показывает история психиатрии и история вообще, мечта об “освобожденном”, творческом, гармонизирующем труде — не только для пациентов психиатрической больницы, но для большинства людей в этом мире, — по-прежнему остается утопией.

¹²⁰ Мониторинг психиатрических стационаров России — материалы к обсуждению.

¹²¹ Там же, курсив наш.

¹²² Там же.

Межзональный конгресс ВПА

**“Меняющееся общество,
меняющаяся психиатрия, меняющиеся мы сами”**

3 – 6 мая 2017 г. Вильнюс. Литва

info@psichiatrija.lt

Развал психиатрии продолжается

22 декабря 2016 г. на пресс-конференции в Сахаровском центре, а 31 января на круглом столе в Московской государственной Думе, мы приняли участие в обосновании протеста врачей и пациентов против уничтожения знаменитого “центра неврозов” в Покровско-Стрешнево (точнее, в Покровско-Глебово) на Волоколамском ш., 47, т.е. психиатрической клинической больницы № 12 им. Ю. В. Каннабиха и психиатрической клинической больницы № 15 (напротив м. “Каширская”), где базировался единственный в стране Центр подростковой психиатрии и Центр лечения болезни Альцгеймера.

Бросалось в глаза отсутствие приглашенных руководителей мэрии и Департамента здравоохранения Москвы: заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Л. М. Печатникова, руководителя Департамента здравоохранения А. И. Хрипуна, руководителя Департамента труда и социальной защиты населения В. А. Петросяна, а также автора концепции реорганизации московской психиатрии директора НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Д. В. Мелик-Гусейнова, главного психиатра Москвы Г. П. Костюка, прокурора Москвы В. В. Чурикова и руководителя Росздравнадзора М. А. Мурашко.

Более того, не было председателя Московского отделения РОП С. Н. Мосолова, не было последнего штатного психиатра Москвы проф. В. А. Тихоненко, не было специалистов организации психиатрической помощи В. С. Ястребова, А. Б. Шмуклера и др. Пришли только представители детской психиатрии проф. Ю. С. Шевченко, А. И. Аппенианский и А. А. Северный.

В качестве экспертов выступили представители НПА России Л. Н. Виноградова и Ю. С. Савенко, который сказал, что закрытие больницы им. Ю. В. Каннабиха является историческим событием для отечественной психиатрии, которое “с полной ответственностью нельзя назвать иначе, чем преступным”. Решение принималось людьми, явно далекими от психотерапии, тогда как и д-р Ю. С. Савенко, и руководитель Общества клинических психотерапевтов при НПА России проф. М. Е. Бурно работали на базе этой больницы: М. Е. Бурно в составе кафедры психотерапии ЦИУ проф. В. Е. Рожнова, а Ю. С. Савенко в составе группы одного из патриархов отечественной психотерапии проф. М. С. Лебединского. После Юрия Владимировича Каннабиха наиболее крупным психотерапевтом этой больницы был Семен Исидорович Консторум. Чтения его имени ежегодно проводит проф. М. Е. Бурно в течение уже 22 лет.

Возмутительная пассивность руководства отечественной психиатрии на этот раз выступила контрастом с блестяще обоснованными неравнодушными протестными выступлениями врачей и психологов: С. В. Ветошкина и А. Б. Кардана, Л. Л. Егоровой, Э. И. Панченко, Т. А. Козловой, Е. А. Чацкой и особенно А. В. Мамонтовой.

Конечно, для “генералов от психиатрии” это “не тот уровень”, не обеспечена гарантия отсутствия неудобных вопросов и неотразимой критики, хотя “генералы” тоже только крайние. Многие только вынуждены проводить заданную линию. Всегда хорошо видна минимизация с их стороны ущерба либо “стахановское рвение”.

И конечно, как обычно, все это было уже после принятых решений и уже состоявшихся увольнений (с грубыми нарушениями) для выпуска пара, словно энергия протеста исчезает. Никаких предваряющих эти действия обсуждений и экспертных заключений не было. Выбывшие министрами здравоохранения А. И. Воробьева и Т. Б. Дмитриевой ликвидация таких уникальных центров была бы невозможна.

Резолюция круглого стола завершалась следующими требованиями. Наконец-то, врачи сказали “требуем”, а не “просим”, как постоянно делает руководство РОП.

«Мы требуем:

- наложить мораторий на реорганизацию психиатрических учреждений, в частности, приостановить действие приказа Департамента здравоохранения г. Москвы № 807 от 21.09.2016 г. о присоединении ПКБ им. Ю. В. Каннабиха к НППЦ им. Соловьева и отказать от планов выпуска приказа о реорганизации других психиатрических учреждений, в части планов по ПКБ №№ 14 и 15 до окончания публичного обсуждения деталей “Концепции развития психиатрической службы г. Москвы”;

- рассмотреть альтернативные предложения развития ПКБ им. Ю. В. Каннабиха в частности создать в 2017 г. на базе и территории ПКБ им. Каннабиха (Волоколамское шоссе, д. 47) единый координирующий Центр оказания амбулаторной помощи населению с сохранением и расширением службы психологической помощи. Основной лечебный профиль Центра — пограничные психические расстройства, неврозы, психосоматические состояния и последствия стрессов.

- создать межведомственные комиссии с участием работников, профсоюзов и представителей пациентов для всестороннего публичного обсуждения обоснованности и эффективности реорганизации психиатрических учреждений, в том числе присоединения ПКБ им.

Спустя четверть века Правительство не исполняет 38 статью Закона о психиатрической помощи

Каннабиха к НПЦ Соловьева и перепрофилирования ПКБ № 15 в психоневрологический интернат;

- остановить сокращение медицинских учреждений и медперсонала, в частности, предоставить возможность сотрудникам ПКБ им. Каннабиха и ПКБ №№ 14, 15 до рассмотрения комиссиями вопроса о статусе больниц продолжать деятельность на своих рабочих местах, согласно должностным инструкциям;
- рассмотреть вопрос о нарушениях трудового законодательства, происходящих на фоне реорганизации в ПКБ им. Каннабиха и ПКБ № 15;
- восстановление подросткового отделения и центра и центра Альцгеймера в ГБУЗ ПКБ № 15;
- уменьшение нагрузки на врачей-психиатров с 25 пациентов на 1 ставку до 15, а в дальнейшем — до 10;

- сохранить бесплатный доступ к услугам по здравоохранению всем гражданам;

- во исполнение постановления Правительства РФ от 25.05.2004 г. № 522 — создать в Москве общежитие для психически больных лиц, утративших социальные связи.

- прекратить урезание конституционных социальных гарантий государства.

Мы решительно заявляем: вместе с депутатами — избранными народом будем отстаивать свои требования и конституционные права в области здравоохранения всеми законными способами, включая акции протеста.»

Ю. С. Савенко

Спустя четверть века Правительство не исполняет 38 статью Закона о психиатрической помощи

В первом выпуске Независимого психиатрического журнала за 2015 г. мы рассказывали о ситуации с реализацией ст. 38 закона о психиатрической помощи. Тогда на межведомственном совещании в Минздраве 18 февраля 2015 г. было представлено два законопроекта. Первый — от Уполномоченного по правам человека в РФ “О Коллегиях защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, и лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания”, разработанный на основе предлагаемой ранее Концепции, а второй — от Минздрава России “О внесении изменений в закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, в котором предлагалась новая редакция ст. 38, согласно которой Служба защиты прав пациентов создается Общественной палатой РФ из представителей некоммерческих организаций, работающих в сфере психического здоровья. Приоритет был отдан второму проекту, и в течение года представители Минздрава России совместно с неправительственными организациями и заинтересованными ведомствами занимались разработкой отдельного законопроекта “О службе защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, и граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами” и изменений в законы о психиатрической помощи и об Общественной палате РФ. К лету 2016 года законопроекты были подготовлены, однако Минздрав начал вносить в основной законопроект о Службе многочисленные изменения, и в результате разработанный и согласованный с таким трудом

законопроект был отвергнут. На заседании Правительства Российской Федерации 22 сентября 2016 г. Минздраву было дано новое поручение: “совместно с Уполномоченным по правам человека, Общественной палатой Российской Федерации и Институтом законодательства и сравнительного правоведения ... проработать вопрос о создании независимой от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья службы защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, **при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации...**”. Срок — до 20 марта 2017 г.

Срок близится, и в Аппарате Уполномоченного по правам человека подготовлена Концепция такой Службы, однако к разработке законопроекта еще не приступали. Уполномоченный собирается представить в Правительство Концепцию и свои предложения по финансовому обеспечению Службы. Если они будут приняты, начнется подготовка законопроекта.

Таким образом, история с реализацией ст. 38 продолжается, и до ее окончания так же далеко, как 25 лет назад. Единственное, что можно отметить, в качестве положительного момента, так это то, что все согласны, что Служба должна распространяться не только на пациентов психиатрических стационаров, которых, по данным Минздрава, в 2015 году насчитывалось 129825 чел., но и на граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, а таких у нас сегодня — более 150 тыс. человек.

Нетрудно усмотреть в манипуляциях с реализацией ст. 38 бесконечное перебрасывание мяча — старую уловку бюрократов: проект силами общественных организаций отвергнут, а предпочтительный проект требует финансирования, которого ждать еще четверть века. Действительно, и последний проект отвергнут.

95-летие Центра им. В. П. Сербского

95-летие Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, по словам его генерального директора и главного психиатра Минздрава России проф. З. И. Кекелидзе, не юбилейная дата и поэтому отмечалась в камерном формате в небольшом зале самого центра. В силу ограниченности мест приглашениями занимался сам гендиректор. В нашей ассоциации приглашение получил только я, хотя все основания для этого имела и Ю. Н. Аргунова.

Перед проходной и после проходной Центра стояли кордоны охраны. Я спросил у них: “Вы и в дни открытых дверей так всех проверяете? — Да, это режимное учреждение”. Даже гардеробщицы прошли первый отдел. Короткий марш лестницы до зала меня сопровождали или, как я пошутил, конвоировали. Но усевшись в гостевой ряд, я оказался между очень доброжелательно и активно общавшимися со мной почетными гостями.

В президиуме сидели З. И. Кекелидзе, Т. В. Клименко, А. А. Козлов, В. Н. Краснов, Е. В. Макушкин, К. Н. Шаклеин и А. И. Табаков. Начались приветствия. Характерной была их очередность. От Совета Федерации, от Думы, от Минздрава, затем А. С. Тиганов, упомянувший, что он работал здесь при А. Н. Бунееве. Потом А. Б. Смулевич, Н. Г. Незнанов, Б. Д. Цыганков, Н. Н. Иванец, попенявший, что перестали говорить о руководителе его докторской диссертации, отстоявшем институт от выселения за город, Г. В. Морозове, а “впредь надо его вспоминать”, и с цветистым перебором от Правительства Московской области: “Вы свет, который Вы несете в нашу тьму, светите нам... без Вас нельзя представить ... мы переплелись...” Вслед за этим последовали приветствия от ФСБ России, ФСИН РФ и УФСИН России по г. Москве, Главного следственного управления МВД России и Главного следственного управления ГУ МВД России по г. Москве, Военно-медицинской службы России. Потом от А. Л. Шмиловича, Е. А. Брюна, и, наконец, от НПА России, Росздравнадзора и, в заключение, от гендиректора Российского Федерального Ядерного Центра, с подношением изображения, находящегося рядом с Центром знаменитого монастыря в Саровской пустыне. В зале находились потомки семьи В. П. Сербского, сын Г. В. Морозова и без умолку говоривший бывший главный врач института 88-летний А. И. Табаков, вспоминая, как он организовал 50-летие института, награжденного в 1972 году Орденом Трудового Красного Знамени за свою хорошо известную деятельность.

За этим последовали два доклада. Ю. А. Александровский намного более откровеннее прежнего изложил историю института, но только до 1950 года,

хотя по старинке не упомянул самого крупного психиатра в истории института — Н. П. Бруханского, вопреки его значимости и судьбе, и умолчал об уничтожающей оценке деятельности института в 1956 г. комиссией под председательством Д. Д. Федотова с участием В. А. Гиляровского, В. М. Банщикова, А. Г. Амбрумовой и А. Рапопорта, рекомендовавшей реорганизовать институт судебной психиатрии в специальное отделение Института психиатрии, то есть присоединить его к Институту психиатрии, а не наоборот, как произошло недавно. Планы расформирования Института судебной психиатрии были и в 1990 году. Так же как сборник по истории института 1996 г., тираж брошюры с сокращенным докладом был настолько мал, что раздавался не всем.

Доклад главного специалиста Центра Е. Я. Щукиной содержал грубую дезинформацию в отношении собственной темы: “Экспертная оценка расстройства личности в историческом аспекте развития Центра”. Вместо демонстрации известной гистограммы из отчета директора Института судебной психиатрии (1930 – 1950) Ц. М. Фейнберг об экскульпации психопатов, где 1922 г. (46,5 %) и 1935 г. (3 %) различались в 15,5 раз(!), Е. Я. Щукина привела гистограмму экскульпации всех психических больных за 1922 – 1925 гг., где эта разница полностью смазана. — Какой-то неотвязный условный рефлекс советского прошлого. Впрочем, она вспомнила Н. П. Бруханского, хотя, вопреки его позиции, современные данные экскульпации психопатов меньше чем в 1945 г. (12 %) и даже чем в 1935 г. (3 %) — сейчас это 1 % признаваемых невменяемыми и 11 % ограниченно вменяемыми, что является вариантом вменяемости.

Во втором отделении продолжались приветствия от главных врачей психиатрических больниц многих регионов. Все это напоминало парад на Красной площади в миниатюре.

Сейчас, после слияния в 2014 г. трех психиатрических центров под эгидой Института социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского и его нового названия: ФГБУ “Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского” Министерства Здравоохранения РФ, в нем работает более полутора тысяч сотрудников, более 200 к.м.н., 3 чл.-кор. и 2 академика. Центр проводит более 2 тысяч судебно-психиатрических экспертиз ежегодно и работает еще в 10 направлениях.

Мы приводим свое приветствие, встреченное залом с неформальным одобрением.

Ю. С. Савенко

**Приветствие к 95-летию Государственного
научного центра психиатрии и наркологии
им. В. П. Сербского**

Приветствие от Независимой психиатрической ассоциации России в моем лице носит не формально-юбилейный характер, а опирается на знание истории института, которая имеет если не гектический, то все же сильно зазубренный профиль в соответствии с драматической историей страны. Обычно славят только верхушки, а ведь это сильно снижает масштаб, затраченных усилий и всех достигнутых успехов. Между тем институту пришлось неоднократно, что называется, отталкиваться от дна, и несколько раз он стоял перед угрозой расформирования. Такова неизбежная судьба судебной психиатрии, слишком тесно связанной с сиюминутной злобой дня.

Наша ассоциация не раз отдавала должное выдающимся деятелям Центра им. Сербского. В первом же выпуске Независимого психиатрического журнала в 1991 году мы воскресили имя проф. Николая Павловича Бруханского, автора первого советского руководства по судебной психиатрии 1928 года с предисловием П. Б. Ганнушкина, активного протратора “Общей психопатологии” Карла Ясперса, а в 1993 году мы воскресили имя проф. Вольфа Абрамовича Внукова, основоположника первой кафедры судебной психиатрии в 1933 г. Деятельность обоих прервалась в 1937.

Мы воздали должное выдающемуся вкладу и двух сотрудников Центра им. Сербского послевоенного поколения — Анатолию Кузьмичу Ануфриеву и Николаю Георгиевичу Шумскому.

Самый мрачный период 60 – 80-х годов в истории института следует рассматривать как очередную долго незаживающую рану, как насилие над психиатрией. Я был сотрудником института в 1974 – 1979, пике преследования диссидентов, к которым не относился, но был изгнан из института профилактически, видимо по досье. Тем основательнее были мои свидетельства, что и в этот период в институте работало множество достойнейших людей.

Работа института с послевоенного периода никогда не ограничивалась судебной психиатрией, а была

достаточно разносторонней, вплоть до детских параличей и психотерапии. В институте успешно работают отделы молекулярной генетики, биохимии, электрофизиологии, психологии и др.

Сотрудники института В. А. Тихоненко, В. П. Котов, Ю. Л. Метелица, С. Н. Шишков, П. А. Казаковцев внесли важный вклад в разработку Закона о психиатрической помощи, а проф. В. А. Тихоненко в создание Этического кодекса судебного психиатра.

Со времени директорства Татьяны Борисовны Дмитриевой, с ее политическими и организационными талантами, институт критически оценил свое прошлое, обрел свой журнал, кафедру, выпустил серию ценных руководств и вышел на международный уровень.

Конечно, чрезмерная централизация и близость к власти действуют развращающе — это актуальная и постоянная опасность. Здесь главное лекарство — выдающаяся пировская традиция безжалостной самокритики и терпимости к критике. Это соответствует современной научной парадигме, продолжающей линию Карла Поппера, которая рассматривает отсутствие критики, как бесплодный застой. Критика — это даровой вечный двигатель, а лакировка действительности, замалчивая реальный драматизм жизни, снижает цену всех достижений.

Мы желаем Центру,

- чтобы его экспертная практика соответствовала уровню его собственных руководств по судебной психиатрии,
- чтобы критика приветствовалась и служила ответствующим разбором,
- чтобы деятельность Центра соответствовала деятельности Владимира Петровича Сербского — примера сочетания острого критического ума и высокой гражданственности,
- чтобы объединение трех психиатрических центров служило взаимному профессиональному обогащению.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Буря в масс-медиа: “кощунник” А. Бильжо

3 декабря мне позвонил один из радиоканалов с просьбой прокомментировать высказывание Андрея Бильжо относительно того, что Зоя Космодемьянская, попав в руки нацистов, впала в кататонический ступор с мутизмом. “Что это такое? Это шизофрения? Почему-то все психиатры отказываются комментировать”.

“В отличие от Бильжо, я не держал в руках историю болезни Зои, но то, что ее психическое заболевание — реальный факт, давно и широко известно в профессиональном сообществе. Отказ от комментариев связан с политизацией этого вопроса, но я готов дать комментарий”. Пообещав позвонить через 10 минут, мне не перезвонили. Очень жаль, потому что оживленное обсуждение этого вопроса приняло непродуктивное направление.

Никто не задался вопросом, почему надо скрывать факт психического заболевания, почему заведомо принимается, что это снижает геройский поступок? Почему не используется — решающее этот нелепый спор — слово “даже”? Ведь **даже** психически больные, вопреки своей тяжелой, обычно мучительной болезни, нередко ведут себя героически. Почему у наших больных отнимают право на героизм? как отнимают реальным отношением к ним и дискриминацией на службе право на профессию, на творческие достижения, вопреки тому, что чуть ли не большинство гениев — наши пациенты. Причем не только в искусстве и литературе, даже в точных науках. Достаточно вспомнить закон сохранения энергии Роберта Майера, творцов термодинамики Людвига Больцмана и теории множеств Георга Кантора, выдающегося атомника Пауля Эренфеста и мн.др. Я уже не говорю о тех, кто причислен к лику святых. Неужели непонятно, что психическая болезнь здесь если и препятствие, то препятствие, которое преодолевается, либо — наоборот — то, что помогает духовному подвигу, а дух не болеет и заодно целительно действует на болезнь ценой смертного риска.

Мы видим, что шум подняли те, кто относится к психической болезни, как к чему-то снижающему и чуть ли не позорному. Из-за таких людей и чиновников нам приходится особенно строго блюсти медицинскую тайну, а спецслужбы, попирая российские и международные законы, пытаются заставить психиатров выдавать эти сведения, подобно тайне исповеди в романе Войнич “Овод” (см. наш отклик <http://npar.ru/nauchno-prakticheskie-prioritety>).

То, что эта история всплыла сейчас, явно связано с контрреакцией на неуклюжие усилия министра Мединского переписывать историю на пропагандистский манипулятивно-воспитательный лад, на примере подвига “28 героев-панфиловцев”.

Вместо совершенно естественной констатации того, что необходимо не опровергать или замалчивать мифологичность этой истории, давно точно документированной, министр настаивает на законности, даже необходимости подмены действительности мифом, невзирая на то, что такой выбор постоянно порождает разочарование и подрывает доверие. Признавая оправданность этого мифа на тот исторический момент, следовало бы увидеть постоянное, не зависимое от наших усилий, сосуществование мифа и действительности, послужившей ему, где миф не подменяет реальные события, а метафорически воплощает определенные идеи.

Адекватный подход к решению этой проблемы обязывает к рассмотрению ее в широком ряду не только героических, но и множества преступных мифов, скажем, знаменитой фальшивки “Протоколов сионских мудрецов”, послужившей основой книги “Миф XX века” Альфреда Розенберга — идеолога Холокоста. Это пример действенности и неискоренимости мифов, превосходящих для некоторых реальную действительность. Но значит ли это, что мифом можно подменять действительность или что история — не наука, а собрание мифов? Этим благообразным словом обозначают теперь вранье, обман, фальшивки, пропаганду, манипуляторство, информационную войну. Синонимов этого понятия в русском языке больше, чем для какого-либо другого. Уже изданы целые фолианты, где мифом названо и все, противоположное вранью. Перед нами разгул релятивизации истории по успешному приему служанки из сказки об Али Бабе и 40 разбойниках. В таком контексте и докторскую диссертацию министра Мединского по истории, забракованную Уральским университетом, утвердить и легко, и не стыдно.

Возвращаясь к А. Бильжо, уже более 20 лет не психиатру, а замечательному карикатуристу и художнику, то его эмоциональный посыл на чисто пропагандистский акцент министра в контексте намного более важной и острой проблемы — как освещать войну в школьных учебниках — привел к зеркальной крайности, вплоть до цинизма в использовании слова “подиум” вместо “эшафот” и диагностического перебора в квалификации “кататонии с мутизмом” на момент казни. К сожалению, и в деле Михаила Косенко он поступил неэтично, позволив членам Этической комиссии Российского общества психиатров ублажить себя за наш счет. Но с позиции шоумена второй раз добился успеха, благодаря недоумкам, поливающим его помоями.

Эта история из тех, которые хорошо выявляют уровень и характер позиции каждого.

Ю. С. Савенко

Славный юбилей. Александр Генрихович Гофман¹



*Глубокоуважаемый и дорогой
Александр Генрихович!*

От имени членов НПА России поздравляю Вас с грандиозным юбилеем, когда Вы и в 90 лет на своем посту руководителя важного научно-практического направления продолжаете держать самую высокую планку так же успешно, как в 50.

Мы восхищаемся Вашей многообразной профессиональной деятельностью замечательного врача-клинициста, диагноста, врача-терапевта, умеющего внести ясность и четкое критичное обоснование в самые сложные противоречивые клинические картины и научные проблемы и донести это до участников клинических разборов, слушателей лекций и читателей Ваших статей и монографий.

Для всех нас именно Вы сохранили — сквозь все тернии — характерную для отечественных классиков традицию удивительной цельности клиницизма и гражданской позиции, что дает ощущение силы и наполняет ею.

Вы воспитали многие поколение врачей, создали самостоятельную школу, будучи руководителем 39 кандидатских и 4 докторских диссертаций.

Мы гордимся, что Вы — председатель нашей Этической комиссии и, не будучи членом Ассоциации, являетесь ее тем более строгим судьей.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

¹ НПЖ, 2007, 1, 97.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

БАСЕННОЕ

*Мы знаем, есть еще семейки,
Где наше хают и бранят,
Где с умилением глядят
На заграничные наклейки...
А сало... русское едят!*

Из басен С. В. Михалкова

Чем озабочен русский ум?
Что наши дамы, как и прежде,
Чужды патриотичных дум —
Французский брызгают парфюм
На итальянские одежды.

А мужики — тож с ними в ряд —
Уж сколько лет, на финских шинах
Отнюдь не русские машины
По русским улицам скользят!
Предпочитает патриот
Иметь “Ниссан”, “Фольксваген”, “Форд”...

А дома у него давно
Жена отвыкла мыть посуду,
Стирать и прочее... Откуда
Пришло спасение? Оно
Востоком вражеским дано!

Ведь то корейцы и японцы
(Что под Америкой сидят)
Изобретают всё подряд —
ТиВи, ПиСи и пылесосы,
Хоть сами мелки и раскосы,
(Поскольку сало не едят)...

Сейчас - позор и моветон
Пред Западом клонить колени!
Вновь Сталин — вождь. А там и Ленин
Прям за Христом займёт ступени
В сознании нашем... Но, пардон!

Едва ль могли представить деды,
Как внуки, обменяв рубли,
Летят на пышные обеды,
Чтобы отметить День Победы,
Кто в Куршавель, кто — на Бали!

А Сеть? Вот дьявола забава!
Сей главный супостат Руси
Грозит разрушить всю державу,
Соборность, нравственность и славу...
Господь, помилуй и спаси!

Но как бы мы без Интернета
Свой бред распространять могли?
А кто создал нам штуку эту?
Два мерзких западных субъекта —
Марк Андрессен и Бернерс-Ли*.

Куда ни плюнь, что ни возьми —
На всём найдутся знаки тлена,
Повсюду заговор, измена,
Везде мерещатся из тьмы
Жидо-масонские умы!

Но я, как все в родном краю,
“Пиндосов” хаю и ругаю,
И в блогах им проклятья шлю...
А сам — и виски ихний пью,
И фильмы ихние смотрю,
И в джинсах ихних щеголяю.

В. В. Ханьков, 2015.

* Авторы, соответственно, браузера (Mosaic) который предоставил функционально совершенный пользовательский интерфейс, и веб-протокола, который обеспечивал коммуникацию.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ганди Махатма. Моя вера. СПб, 2016. (Первый перевод)
Ясперс Карл. Введение в философию. Философская автобиография. М., 2017.
Аренд Ханна. Vita Activa, или о деятельной жизни. М., 2017.
Финк Евгений. Основные феномены человеческого бытия. М., 2017.
Рорти Ричард. Историография философии. Четыре жанра. М., 2016.
Шпет Густав. История, как проблема логики. Том II. М.-СПб., 2017.
Оболевич Тереза. Семен Франк. М., 2017.
Рассел Бертран. Почему я не христианин. М., 2016.
Постклассическая онтология права. Ред. И. Л. Честнова. СПб., 2016.

* * *

Клейн Лев. Муки науки. Ученый и власть, ученый и деньги, ученый и мораль. М., 2017.
Зеннхаузер Вальтер. Платон и математика. СПб., 2016.
Фабр Д' Оливе. Золотые стихи Пифагора. СПб., 2016.
Панчин Александр. Сумма биотехнологии. Руководство по борьбе с мифами о ГМ. М., 2017.

* * *

Вебер Макс. Хозяйство и общество. Очерки понимающей социологии. Том II. Общности. М., 2017.
Бём-Баверк Ойген фон. Критика теории Маркса. М., 2017.
Марей А. В. Авторитет. СПб., 2017.

* * *

Барт Ролан. Как жить вместе. М., 2016.
Шелленг Томас К. Микромотивы и макроповедение. М., 2016.
Томэ Д., Шмидт У., Кауфманн В. Вторжение жизни. Теория как тайная автобиография. М., 2017.
Моррис Десмонт. Голая обезьяна. М., 2016.
Воскресенский Б. А. Основы психиатрии, ч. 1. Учебник для студентов теологических, религиоведческих и др. гуманитарных ВУЗов. Свято-Филаретовский православно-христианский институт. М., 2016.
Квинси Томас де. Убийство как одно из изящных искусств. М., 2017.

* * *

Пайпс. Быть русским. Заметки иностранных путешественников о русском национальном характере. М., 2014.
Янов Александр. Русская идея. Книга 4-ая (2000 – 2016). М., 2016.
Эпштейн Михаил. От совка к бобку. Политика на грани гротеска. Киев, 2016.

* * *

Пипс Сэмюэль. Домой, ужинать и в постель. Из дневников. СПб., 2016. (Первый перевод отрывков знаменитых 11-ти томных дневников “Нестора английского флота” и президента Королевского научного общества. Их проходят в английских американских школах и университетах).
Вейль Симона. Тетради 1933 – 1942 г. (в двух томах). СПб., 2016. (этот текст одной из наиболее выдающихся женщин XX века (1909 – 1943) ставится в один ряд с “Опытами” Монтеня и “Мыслями” Паскаля).
Вальцер Т., Темпл Ш. Наша Вена. “Ариизация по-австрийски”. М., 2017.
Вавилов С. И. Дневники в двух томах. 1909 – 1951. М., 2016.
Брейди Фрэнк. Конец игры. Биография Роберта Фишера. М., 2015.

* * *

Басё Мацуи. Избранная проза. СПб., 2017.
Гейне Генрих. Книга песен. В новых переводах Вл. Летуцкого. М., 2016.

ABSTRACTS

To the debate on organizational reform in the Russian psychiatry

A. E. Bobrov

The work considers prerequisites to and difficulties of the current reform of the psychiatric service. It is emphasized that the objective of this reform should be to improve the living standards related to a mental illness. Three groups of suggestions aimed to optimize the reforms are put forward. First, we should strive for the management improvement based on the modern organizational mechanisms and planning methods. Important conditions of this are to determine intermediate objectives, to develop relevant indicators and introduce them into practice, to develop the feedback and horizontal relationships, and to create instruments of independent analysis of the performed work's results. The second group of suggestions includes development and maintenance of self-organization processes for the teams of medical and preventive institutions aimed to intensify their professional operations. The third group of suggestions concerns improvement of interaction between medical and preventive institutions and higher controlling authorities and civil communities.

Keywords: reform of the Russian psychiatry, hospital psychiatric care, out-of-hospital psychiatric care, financing of the psychiatric service.

A reform or an anti-reform?

V. Ya. Evtushenko (Moscow Region)

Prospects of the currently conducted reform are reviewed critically in the context of development of psychiatric care organization in the past 40 years.

Keywords: reform of the psychiatric institutions, outpatient psychiatric care, out-of-hospital forms of psychiatric care.

Re-organization of psychiatric care due to the reduction of financial support

L. N. Vinogradova, Yu. S. Savenko

The current reform of the psychiatric institutions is discussed critically. The work demonstrates that it is caused by a considerable reduction of financial support and is conducted in disregard for the experience of eastern European countries in the absence of a prepared infrastructure.

Keywords: reform of the psychiatric service, financing of the psychiatric care, de-institutionalization.

Protection of medical secret privacy after the patient's death

Yu. N. Argunova

Legal and ethical norms that provide for the prohibition in providing information constituting medical secrets after the death of a person, as well as norms containing exception requirements are analyzed. The issue of the admissibility of granting of deceased person's medical documents to a close relative or spouse in the absence of his lifetime consent, in particular in order to appeal to law enforcement or other authorities, if there is doubt about the timeliness and quality of medical assistance provided to this person, is being considered. The legal position of the Constitutional Court of the Russian Federation, examples from judicial practice are given.

Keywords: medical secret; death of the patient; non-disclosure.

“Mind-person-society”:

**Congress of German Association of Psychiatrists,
Psychotherapists and Neurologists (DGPPN),
Berlin, 23 – 26 November 2016.**

P. A. Ponizovskiy

The review describes content of some reports of the Congress of German Association of Psychiatrists, Psychotherapists and Neurologists (DGPPN) which took place in Berlin in November, 2016.

Keywords: mild cognitive impairment, antidepressant efficacy, maintenance therapy of schizophrenia, Internet CBT.

Comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence

Yu. E. Varfolomeeva

The article gives an overview of recent scientific data on the combination of different anxiety disorders (panic attacks, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder) with alcohol abuse or alcohol dependence. Up-to-date therapeutic approaches are described.

Keywords: comorbidity, anxiety disorders, panic attacks, alcohol dependence.