

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**II**

**2008**

МОСКВА

**Издание НПА**

**Регистрационный номер журнала 0110764**

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

---

МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ  
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Ю. С. Савенко (гл. редактор)**  
**Ю. Н. Аргунова**  
**М. Е. Бурно**  
**Л. Н. Виноградова**  
**Б. А. Воскресенский**  
**В. Е. Каган**  
**Г. М. Котиков**  
**А. Ю. Магалиф**  
**В. В. Мотов**  
**В. Н. Прокудин**

INTERNATIONAL  
EDITORIAL COUNCIL  
ON PHENOMENOLOGICAL  
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

**Yuri Savenko (Editor-in-Chief)**  
**Yulia Argunova**  
**Mark Burno**  
**Liubov Vinogradova**  
**Boris Voskresenski**  
**Victor Kagan**  
**Grigori Kotikov**  
**Alexander Magalif**  
**Vladimir Motov**  
**Vladimir Prokudin**

---

Сдано в набор 25.06.2008. Подписано в печать 30.06.2008. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2008-02-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58  
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru  
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

---

## СОДЕРЖАНИЕ

200 ЛЕТИЕ ПРЕОБРАЖЕНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ. . . . .	5
40 ЛЕТИЕ КУЛЬТУРНОЙ РЕВОЛЮЦИИ (май 1968 г. во Франции) . . . . .	8
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Ревизия психопатологических категорий — С. Ю. Циркин . . . . .	9
Взгляд на реформу психиатрической помощи на XIII съезде НПА России — А. Г. Гофман (Москва), А. А. Седнев (Воронеж), Е. В. Снедков (СПб) . . . . .	15
Современные возможности терапии больных наркоманией — А. Г. Гофман, Т. А. Кожина, И. В. Яшкина . . . . .	20
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Поздний дебют — ведущий А. Ю. Магалиф . . . . .	24
Еще раз о диагностике экзогенно-органических психических расстройств — Б. Н. Пивень, И. И. Шереметьева (Барнаул) . . . . .	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Опека над недееспособными: законодательные новеллы — Ю. Н. Аргунова . . . . .	39
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Почему российские граждане боятся психиатров? — Л. Н. Виноградова. . . . .	43
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор избранных публикаций “Журнала Американской академии психиатрии и права” — В. В. Мотов (Тамбов) . . . . .	54
ОТКЛИКИ, ОБСУЖДЕНИЯ	
О психопатологических и патопсихологических подходах к понятию бреда — Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина) . . . . .	61
Автореферат книги А. Б. Добровича “Лекции по психиатрии” (Израиль) . . . . .	63
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Долг памяти. К 80-летию Рауля Валленберга . . . . .	66
Власть и диссиденты . . . . .	68
Юпитер смеется . . . . .	69
ХРОНИКА	
XIII Консторумские чтения . . . . .	70
Этика и право в психиатрии (Ростов-на-Дону) . . . . .	73
Права детей-сирот при оказании психиатрической помощи (Пермский край) . . . . .	73
Реформа в действии (Уральский опыт) . . . . .	75
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Серийные сексуальные убийцы в романах Томаса Харриса — А. Я. Перехов, В. А. Солдаткин (Ростов-на-Дону) . . . . .	79
Московский оригинал (проф. Г. А. Захарьин) — В. Д. Тополянский . . . . .	84
ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ. . . . .	97
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	99
АННОТАЦИИ . . . . .	100

## CONTENT

200-TH JUBILEE OF THE PREOBRAZHENSKYAY MENTAL HOSPITAL . . . . .	5
40 YEARS OF THE CULTURAL REVOLUTION IN FRANCE (MAY 1968) . . . . .	8
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<b>Revision of psychopathological categories — S. Yu. Tsyarkin . . . . .</b>	<b>9</b>
<b>A look at the reform from the XIII Congress of the IPA of Russia</b> — A. H. Hofman (Moscow), A. A. Sednev (Voronezh), E. V. Snedkov (Saint-Petersburg) . . . . .	<b>15</b>
<b>Modern possibilities of therapy of drug addicts</b> — A. H. Hofman, T. A. Kozhina, I. V. Yashkina. . . . .	<b>20</b>
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<b>Late manifestation — A. Yu. Magalif . . . . .</b>	<b>24</b>
<b>Once again about exogenous organic disorders — B. N. Piven, I. I. Sheremetieva (Barnaul) . . . . .</b>	<b>36</b>
PSYCHIATRY AND LAW	
<b>Guardianship under incapable persons: legal regulations Yu. N. Argunova. . . . .</b>	<b>39</b>
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
<b>Why are Russian citizens afraid of psychiatrists? — L. N. Vinogradova. . . . .</b>	<b>43</b>
FORENSIC PSYCHIATRY	
<b>Review of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, v. 36, 1, 2008</b> — V. V. Motov (Tambov) . . . . .	<b>54</b>
COMMENTS AND INTERVIEWS	
<b>On psychological and psychopathological approaches to the notion of delusion</b> — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk, Ukraine) . . . . .	<b>61</b>
<b>Summary of the book “Lectures on Psychiatry” by A. B. Dobrovitch (Israel) . . . . .</b>	<b>63</b>
DOCUMENTS OF EPOCH	
<b>Debt of memory. To the 80-th jubilee of Raoul Wallenberg . . . . .</b>	<b>66</b>
<b>State and dissidents . . . . .</b>	<b>68</b>
<b>Jupiter is laughing . . . . .</b>	<b>69</b>
CHRONICLE	
<b>XIII Konstorium readings . . . . .</b>	<b>70</b>
<b>Ethics and law in psychiatry (Rostov-on-Don) . . . . .</b>	<b>73</b>
<b>Rights of orphans at rendering psychiatric care (Permski Territory) . . . . .</b>	<b>73</b>
<b>Reform in progress (Ural experience). . . . .</b>	<b>75</b>
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
<b>Serial sexual murders in Thomas Harris's novels</b> — A. Ya. Perekhov, V. A. Soldatkin (Rostov-on-Don) . . . . .	<b>79</b>
<b>Moscow eccentric (Prof. G. A. Zakharyin) — V. D. Topolianski . . . . .</b>	<b>84</b>
<b>LET'S LAUGH TOGETHER . . . . .</b>	<b>97</b>
<b>RECOMENDATIONS. . . . .</b>	<b>99</b>
<b>ABSTRACTS . . . . .</b>	<b>100</b>

# 200-ЛЕТИЕ ПРЕОБРАЖЕНСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ



Василий Федорович Саблер (1828 – 1871)



Николай Николаевич Баженов (1904 – 1917)



Федор Иванович  
Красовский, 1871 – 1872



Самуил Иванович  
Штейнберг, 1872 – 1877



Николай Иванович  
Державин, 1877 – 1887



Виктор Романович  
Буцке, 1887 – 1894



Иван Васильевич  
Константиновский, 1894 – 1904



Василий Алексеевич Гиляровский (1910 – 1919)



Тихон Иванович Юдин (1943 – 1949)



Николай Михайлович  
Бунеев, 1917 – 1918



Алексей Лукич  
Любушин, 1919 – 1923



Александр Минович  
Зайцев, 1923 – 1931



Ян Павлович  
Бугайский, 1931 – 1934



Михаил Авдеевич Джагаров,  
1934 – 1941, 1943 – 1944



Василий Дмитриевич  
Денисов, 1941 – 1943



Анатолий Борисович  
Александровский, 1945 – 1951

15 июня 2008 г. исполнилось 200 лет старейшей в Москве Преображенской психиатрической больнице им. В. А. Гиляровского, по его словам “колыбели всей русской психиатрии”. Ее история — история основных этапов отечественной психиатрии, ее взлетов, драматических поворотов и новых взлетов. И, прежде всего, главного из них: здесь в **1832 году состоялась Пинелевская реформа в России** — снятие

цепей с больных и устранение полицейского чина в качестве руководителя больницы, без чего научная психиатрия не смогла бы состояться<sup>1</sup>. Здесь с **1872 года была введена и система но-рестрент** — отказа от физических мер стеснения.

<sup>1</sup> И действительно, преподавание психиатрии началось на медицинских факультетах с 1835 года, хотя только с 1857 — в виде самостоятельной науки.

Это была первая и долгое время единственная психиатрическая больница в Москве, от которой отпочковались Алексеевская больница (в 1894), а впоследствии больница им. П. Б. Ганнушкина (1931). Но в Павловскую сессию репрессии коснулись даже нумерации больниц, и из № 1, она стала № 3 (1952).

Здесь в течение 45 лет (1817 – 1862) принимал больных со всей России “провидец” Иван Яковлевич Кореиша, что преобразило условия содержания больных.

Здесь начинал свою деятельность ординатором Сергей Сергеевич Корсаков.

До 1917 года здесь сменилось 9 главных врачей<sup>2</sup>, но наиболее тесно больница связана с именами Зиновия Ивановича Кибальчича (1811 – 1828), Василия Федоровича Саблера (1828 – 1871), Самуила Ивановича Штейнберга (1872 – 1877) и Николая Николаевича Баженова (1904 – 1917), руководивших больницей соответственно 17, 42, 5 и 13 лет. В 1911 году Н. Н. Баженов был избран первым председателем Союза русских психиатров и невропатологов.

Здесь под началом Баженова с 1910 года работал ординатором и прозектором больницы, а затем его ассистентом на кафедре Высших Женских Курсов, впоследствии II ММИ, Василий Алексеевич Гиляровский, который потом возглавил эту кафедру (1917 – 1952).

Здесь жил и работал в последние годы жизни зав. кафедрой III ММИ Тихон Иванович Юдин (1943 – 1949).

В советскую эпоху из главных врачей наиболее выделялся Михаил Авдеевич Джагаров (1934 – 1941, 1943 – 1944), издававший выдающиеся “Труды I Московской психиатрической больницы”. В редколлективу входили С. Г. Жислин, Е. Н. Каменева, Артур Кронфельд, П. Е. Снесарев, выступавшие и как консультанты больницы, что сделало ее на **предвоенное пятилетие центром тончайшего клиницизма и активных методов лечения**. Доцент Юдина Анатолий Борисович Александровский (1945 – 1951) был последним главным врачом больницы перед погромной Павловской сессией, под удар которой попал и В. А. Гиляровский. С 1978 г. больница носит его имя.

В постсоветскую эпоху Преображенская больница оказалась не только источником и хранителем лучших традиций отечественной психиатрии, но и продолжала быть пионером многих новаций.

Собственно, уже с переезда в 1808 году в новое нынешнее здание при Иосифе Карасе (после 16 лет существования) “железные обручи при цепях, на которых приковывались больные, были заменены ремнями”. После радикальной реформы 1832 года, осуществленной Саблером, к 1834 году цепи были окончательно уничтожены, а зачинателями практического осуществления принципа нестеснения в России стали — ученик и сотрудник Саблера Александр Устинович Фрезе в Казани (1869) и Самуил Иванович Штейнберг в Преображенской больнице (1872), что позволило Ю. В. Каннабиху назвать его имя первым, которое “должно быть в памяти каждого русского психиатра”.

<sup>2</sup> До 1808 года главными врачами были: Федор Рашке (1792 – 1794), Карл Поульярд (1794 – 1799), Антон Блиммер (1799 – 1802), Иосиф Карас (1802 – 1811).

**При Саблере** Преображенская больница стала, как пишет Юдин, “центром не только практической, но и научной психиатрии, что сделалось традицией московской психиатрической школы, отличавшей ее от петербургской школы”.

Но в 1894 году, семь лет возглавлявший Преображенскую больницу Виктор Романович Буцке, став первым главным врачом только что выстроенной Алексеевской больницы и наладив стройную и прогрессивную организацию психиатрической службы в Москве в духе идей П. И. Якобия, превратил Преображенскую больницу на 16 лет в больницу для хроников, пока Н. Н. Баженов, нуждаясь в базе для преподавания на своей кафедре, не добился открытия “III отделения” Преображенской больницы, впоследствии превратившегося в больницу им. Ганнушкина. В результате, с 1910 года Москва была поделена в отношении приема свежезаболевших больных между Алексеевской и Преображенской больницами. Здесь Н. Н. Баженов осуществил свою **систему так наз. “повышенного ухода”**, заменив необразованный низший персонал сестрами милосердия и молодыми ординаторами, и организовал семейный патронаж. Здесь в 1911 году Н. Н. Баженов завершает свой **первый в России “Проект законодательства о душевнобольных”**, а к 100-летию Преображенской больницы воссоздает ее историю (“История Московского Доллгауза”, 1909).

Преображенская больница была выдающимся центром прозекторского дела: В. А. Муратов, М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский (1910 – 1919), П. Е. Снесарев (1922 – 1954), В. М. Баншиков, М. М. Александровская, А. В. Авцын, О. Д. Душейко (1968 – 2000).

Многие годы Преображенская больница была базой различных кафедр, институтов, лабораторий. Здесь проводились пионерские работы по исследованию нейрофизиологии и психофизиологии сна проф. Л. П. Латашем. Здесь — база кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексопатологии ФУВ Российской медицинской академии и, какое-то время, база кафедры психологии личности РГГУ.

Здесь начинала свою деятельность и получила юридический адрес **Независимая психиатрическая ассоциация России**, которая через полгода отметит свое 20-летие. Здесь в течение последних 14 лет (с декабря 1994 г.) она проводит **открытые клинические разборы**.

Важно отметить, каким высоким уровнем отличается здесь не только врачебный, но и средний медицинский персонал. Пациенты и их родственники отмечают доброжелательную атмосферу отделений, искреннюю заботу врачей и персонала. Коллектив больницы и ее главный врач Лариса Степановна Ларина (с 1985 г.) сумели **сохранить в этом историческом месте и живую душу, и дух московской психиатрической школы — реально гуманное отношение к больным и приоритет клинического метода**, что обеспечивает успешность оказываемой помощи.

Поздравляем коллектив больницы, с которым мы сроднились, чьим успехам радуемся, как своим.

*Ю. С. Савенко*



## 40 ЛЕТ КУЛЬТУРНОЙ РЕВОЛЮЦИИ ВО ФРАНЦИИ

Майские события 1968 года во Франции, неожиданно для всех возымевшие “сокрушительный успех”, ставшие “культурной революцией”, и тогда, и сейчас вызывают “по меньшей мере смешанный чувства — одобрение соседствует с антипатией, неодобрение с сопричастностью... Подобное сосуществование противоположностей выливается... в ироническое отношение... Между тем, можно любить иронию за целостность и богатство восприятия действительности, но в то же время опасаться этой иронии как жизненной философии...”. Так пишет автор лучшего художественного описания этих событий<sup>1</sup> Робер Мерль<sup>2</sup> (роман “За стеклом”). Эта двойственность всего сильнее в антипсихиатрической составляющей этой революции, которая — в отличие от сексуальной (снятие традиционных табу) и психоделической (свобода слабым наркотикам) — распределилась поровну между противоположными полюсами. Половина так называемого антипсихиатрического манифеста носит высоко прогрессивный характер, другая половина — деструктивно экстремистский.

Идеологией студенческой революции послужили работы известного философа-антифашиста из Франкфуртской социологической школы, специалиста по психологической войне против гитлеровской Германии Герберта Маркузе “Одномерный человек” (1964) и “Эссе об освобождении” (1968), согласно которым тоталитаризм коренится не в своих внешних (политических и экономических) отношениях господства, а в глубинных культурно-антропологических, закрепленных в самих структурах человеческого сознания и постоянно воспроизводимых социальными практиками современной культуры. Поэтому подлинная революция начинается с разрывания оков современной репрессивной культуры, подавляющей исконные человеческие влечения, и этим подрывает основы

современного социального порядка. Революционным субъектом в наше время выступает не пролетариат, а студенчество<sup>3</sup>, а также девианты разного рода.

Этот источник обновления, всегда чреватый крайностями, нуждается в конструктивном русле, а не простом отрицании. Трезвая критическая оценка майских событий Раймоном Ароном стоила ему кафедры в Сорбонне, генералу де Голлю — поста президента Франции, а Анри Эйю — с его “Почему я анти-антипсихиатр?” — не помогла остановить запущенный процесс деинституционализации психиатрических стационаров. История отечественной психиатрии — до и после эпохи Л. М. Розенштейна — ясно показала неизбежную цикличность этих устремлений и непродуктивность любых крайностей. В очередную такую крайность мы рискуем сейчас погрузиться, если провозглашенная реформа психиатрической службы не будет учитывать богатый международный опыт, в частности прибалтийских, восточно-европейских и балканских стран.

Если в советскую эпоху одно только объективное изложение майских событий 1968 года — в год подавления Пражской весны<sup>4</sup> и знаменитой акции протеста против этого на Красной площади — выглядело крамоллой, то сейчас есть, по крайней мере, возможность публично анализировать и комментировать действия властей, прогнозировать их результаты и активно предлагать конструктивные пути развития.

Хотя нынешний президент Франции Николя Саркози сказал, что “пришел, чтобы покончить с маем 1968 г.”, и даже один из руководителей студенческой революции Данини предпочитает теперь “забыть май 1968 г.”, — май 1968-го сделал свое дело — хорошее или плохое, — но мир теперь другой чем прежде.

*Ю. С. Савенко*

<sup>1</sup> Для полноты понимания важны описания этих событий глазами их непосредственных участников (повесть Паскаля Лэне “Ирреволюция”) и глазами трезвых критиков (“Мемуары” Раймона Арона).

<sup>2</sup> Робер Мерль прославился воспроизведением психологии коменданта Освенцима в форме его собственного дневника (роман “Смерть — мое ремесло”).

<sup>3</sup> Силу выступлениям студентов придало присоединение к ним профсоюзов.

<sup>4</sup> Весной 1968 года Герберт Маркузе выступал в Праге.



## Ревизия психопатологических категорий

С. Ю. Циркин

Профиль симптомов определяет диагностическую принадлежность случая. Этим аспектом и ограничиваются современные американская и международная систематики психических расстройств. В отечественной психиатрии, в соответствии с разработанными А. В. Снежневским положениями, по набору симптомов судят также о вероятном прогнозе и степени “генерализации патологического процесса”, подразумевая при этом, что отдельные симптомы сигнализируют о нарушении определенной психологической сферы. Симптомы принято определять с помощью описательного метода, который, как и любой другой, подвержен вульгаризации. Последняя заключается в том, что описание, установление внешнего сходства считаются вполне достаточными для квалификации симптома, а анализ его сущности рассматривается как никчемные “умозрительные спекуляции”. Это приводит к введению дезориентирующих понятий, использование которых лишь запутывает дело, создавая превратные представления о наличии, природе и глубине болезненных расстройств.

Перечень симптомов, безусловно и однозначно свидетельствующих о нарушении конкретного психического процесса, невелик. Это депрессивный и маниакальный аффекты, тревога (по критериям Шнайдера они более или менее отчетливо дифференцируются с психологически понятными понятием и повышенным настроением, испугом), деперсонализация, обманы восприятия, бред, астения, дефицитарная симптоматика, в том числе недостаточность когнитивной организации (некритичность и включающие ее феномены нарушения формального мышления), сниженный интеллект (тотально или парциально), расстройство памяти. Среди других категорий следует учитывать такие, которые в зависимости от конкретного контекста могут или вовсе не иметь отношения к патологии (ложная симптоматика), или представлять собой естественное изменение одного из аспектов психической деятельности в патологических условиях (условная симптоматика), и (или) неверно определять сущность патологии (искаженно понимаемые категории). Кроме того, имеются категории, которые вопреки внешнему сходству могут быть производны от разных психопатологических феноменов (неоднозначные симптомы).

Неверно думать, что если у психически больных, хотя бы и в рамках болезненных состояний, на-

блюдаются феномены, которые необычны для общей популяции, то они непременно свидетельствуют о расстройстве психики, а именно так чаще всего и формируются ложные понятия. Сами по себе они не свидетельствуют о патологии. Тем не менее, выявляемые в изолированном виде, они необоснованно рассматриваются как достаточные для диагностики патологии, а обнаруживаемые вкуче с другими симптомами они заставляют ошибочно предполагать существование неких дополнительных патологических образований.

Примером ложных категорий могут служить инстинктивные влечения. Принято различать “патологические” и непатологические формы влечений, дифференцируя их в зависимости от степени выраженности. Так, речь ведут о “патологической” и непатологической агрессивности, о “патологически” повышенном аппетите, “патологическом” накопительстве (симптом Плюшкина) и др. У животных прослеживается значительная вариабельность в проявлении инстинктивного поведения у разных особей одного вида. Интенсивность любого из влечений в зависимости от условий среды может иметь как положительное, так и отрицательное значение, поэтому их разная выраженность благоприятна для выживания вида в целом. Соответственно, и у человека интенсивное влечение (например, повышенная агрессивность или склонность к азартным играм) не должно свидетельствовать о патологии, если нет ее надежных признаков, в частности проявлений психопатологического диатеза. Если на фоне сильных влечений развиваются патологические состояния, которые не сказываются на изменении их интенсивности, то такие влечения также следует причислять к ложной симптоматике.

Часто неверно оценивается значение сверхценной ипохондрии, когда физически здоровый пациент пытается самостоятельно разобраться в причинах соматоформной симптоматики, что принято называть “концептуализацией”. Влечение к когнитивной деятельности, формирующее сверхценности, не выявляется исключительно в рамках болезненных эпизодов. Однако содержание ее может зависеть от обстоятельств. Вегетативные и сенестопатические симптомы дают информационный повод для ипохондрических размышлений сверхценного характера, которые отражают лишь изначально присущую личности особенность и совсем не обязательно должны рассматри-

ваться как дополнительный признак патологии. Более того, правомерность установления именно сверхценного характера ипохондрии вообще сомнительна, поскольку для широких слоев населения здоровье — едва ли не главное в жизни. Такое понятие как “ипохондрия здоровья” подразумевает, что состояние здоровья никак не может быть главной заботой людей, хотя широкие слои населения по своей неосведомленности полагают иначе, особенно при недомоганиях. Термин “ипохондрия красоты” заставляет думать, будто психиатры твердо установили, какое значение допускается придавать своей внешности, чтобы считаться психически здоровым. Видимо, индустрия красоты торжествует в современном обществе именно благодаря обилию ипохондриков в нем. Более обоснованно учитывать здесь лишь случаи явного несоответствия между глубиной интереса к проблемам своего здоровья и их тяжестью. Неэффективность разубверений со стороны врачей вполне может объясняться хорошо известными среди населения случаями врачебных ошибок. В связи с этим, термин сверхценной ипохондрии в том распространенном понимании, когда речь идет о предположении физического недуга при психических расстройствах, выглядит совсем неопределенным.

Термин “тревожная ипохондрия” всего-навсего устанавливает когнитивное содержание тревоги, которую в качестве патологической следует оценивать по общепризнанным критериям (чрезмерная интенсивность, стойкость вопреки разубеждениям, невозможность произвольного контроля). В частности, о патологии будет говорить несоответствие между степенью озабоченности и тяжестью сенесто-вегетативной симптоматики и (или) сохранение тревоги вопреки пониманию ее безосновательности. Если же больной не берет в расчет разубверения врачей, то при отсутствии бреда это может свидетельствовать о его социо-психологических особенностях (недоверчивости, информированности о частоте врачебных ошибок) или не критичности (при особой убедительности результатов медицинского обследования). Многие психиатры считают ипохондрией обеспокоенность своим физическим здоровьем при отсутствии органической патологии (хотя при этом выявляются сенестопатии и вегетативные нарушения). Неправомерность такого взгляда очевидна при сопоставлении его с оценкой таких вариантов тревоги, при которых угроза переживается не изнутри, а извне. Никто не станет говорить о тревоге (страхе) как психической патологии, когда опасность лишь инсценируется окружающими или понимается ошибочно, из ложных оснований: человек пугается, когда его хотят лишь припугнуть, непреднамеренно вводят в заблуждение или он сам ошибочно оценивает ситуацию как угрожающую. Соответственно, и ипохондрия не должна устанавливаться, если больной оценивает как физическую угрозу сенестопатию и расстройства вегетатики, которые “инсценируют” физическую опасность. Если

тревога не носит патологического характера, то “тревожная ипохондрическая озабоченность” — ложный симптом.

Если сверхценное увлечение отличается от других свойственных больному сверхценностей только идеаторным содержанием, оно представляет собой ложную психопатологическую категорию. Однако при аффективной патологии заинтересованность каким-то предметом может быть особенно глубокой. Тогда она представляет собой условную симптоматику. Когда проявление или усиление влечений, в том числе сверхценных увлечений, служат условным признаком патологического состояния, а именно болезненного аффекта, это по сути ничего не добавляет к его характеристике. Усиленная инстинктивная активность, например лудиизмания, при гипоманиях имеет такое же клиническое значение как склонность шутить или “патологически” высокая работоспособность и продуктивность. Фактически, изменение интенсивности влечений следует рассматривать среди широкого спектра признаков, которые всегда считались производными от той или иной первичной патологии. Так, складка Варегута никогда не рассматривалась как расстройство мимики, а служила признаком депрессии. В обоих случаях патологичен аффект в целом, а не частные его проявления (будь то мимика или эмоциональный компонент влечения). О патологии влечений здесь если и можно говорить, то не как о независимой психопатологической категории, а условно, отдавая себе отчет в этой условности. Точно так же условной симптоматикой следует считать ускорение и замедление мышления при патологическом аффекте, а также идеаторное содержание психических переживаний, двигательную активность.

Другой вариант условной симптоматики заключается в усилении инстинктивной деятельности (влечений) по компенсаторным механизмам. Общий эмоциональный (аффективный) уровень определяет активность мыслительной деятельности и физиологических процессов. Угнетение жизнедеятельности при аффективном спаде может обуславливать компенсаторное оживление некоторых влечений для ее частичной активации за счет переживания хотя бы неполного удовольствия. По компенсаторным механизмам нередко развивается симптоматическое злоупотребление алкоголем и наркотиками (способное сформировать зависимость). Такую условную симптоматику можно было бы назвать вторичной или производной (от основного расстройства). У детей при недостаточности эмоционального стимулирования легко возникают стереотипии, которые, как это установлено психологами, способствуют усилению переживания удовольствия. Даже горькое удовольствие может оказаться востребованным, что наблюдается при иронической депрессии.

Однако не следует думать, что эмоциональное переживание всегда первично. Так, вряд ли можно признать первичными чувства обиды или вины при де-

прессивном аффекте. Когда нет очевидных причин для депрессии, может сказаться сложившийся в обществе даже не ясно осознаваемый стереотип, в соответствии с которым страдание означает наказание, а оно бывает справедливое или несправедливое, т.е. заслуженное или незаслуженное. В первом случае рождается чувство вины, а в последнем — обиды. Экзистенциалисты услужливо предлагают считать чувство вины априорно оправданным и адекватным, поскольку, как они полагают, оно отражает недостаточные усилия индивидуума к самореализации. Никто не считает возможности человека безграничными, но сколь ни была бы его жизнь успешной, всегда можно предполагать, будто он потенциально способен на большее. Противоречит экзистенциальной концепции тот факт, что чувство вины при депрессии совсем необязательно даже у явных неудачников. Помимо собственно чувств вины или обиды, у пациентов может нарушаться и адекватность когнитивных оценок: реальные обиды или прегрешения могут преувеличиваться (эмоциональная некритичность). А если они вымышлены или вплетены в бредовой контекст, то должны и оцениваться как бред.

Теоретически правомерно поставить вопрос и о возможной компенсаторной роли тревоги, которая, безусловно, повышает эмоциональный тонус. Как бы то ни было, тревогу невозможно считать непременно вторичным признаком, поскольку в отличие от других вышеупомянутых компенсаторных явлений ее можно наблюдать и в качестве изолированного состояния, которое исчерпывает весь болезненный эпизод или представляет собой его дебют, а иногда сохраняется в качестве остаточного расстройства.

На примере ипохондрии можно проиллюстрировать и формирование искаженных понятий. Так, если погоня за обеспечением своей привлекательности принимает всепоглощающий характер, а изменение своей внешности вряд ли идет на пользу или отражает причудливые представления о красоте, то речь идет о некритичности вне зависимости от той важности, которая придается своему облику. Поэтому следует анализировать отдельно сверхценность (если таковая имеет место) и ее возможное условно патологическое значение (когда она отражает оживление эмоциональности при гипоманиях или компенсаторную тягу к положительным эмоциям при субдепрессиях), а отдельно — некритичность. Равным образом, у плюшкиных следует отдельно оценивать тягу к накопительству и нелепость накапливаемого. Так, некоторые больные приносят домой немного, но явный хлам. Впрочем, чрезмерный объем накоплений также может свидетельствовать о некритичности, если больные не отдают себе отчет в этой чрезмерности.

Среди искаженных понятий следует указать и на гебефрению. Изначально Necker обозначил так специфическую форму течения парафрении у больных с предшествующим отставанием в психическом развитии. Он отметил, что инициальная фаза меланхолии

отличается поверхностностью чувства и уже смешивается с эпизодами дурашливого возбуждения, а в следующей маниакальной фазе поведение становится особенно нелепым. Отчетливые бредовые идеи редки и похожи на произвольные детские фантазии на забаву окружающим. Достаточно быстро специфичность симптоматики данного варианта парафрении позволила закрепить за гебефренией более узкое значение: речь шла о мании с дурашливо-нелепым возбуждением и эмоциональной нивелированностью. Поэтому старые авторы иногда совершенно справедливо после термина “гебефрения” писали в скобках: мания. Позднее гебефрению стали рассматривать как один из вариантов кататонического возбуждения, хотя собственно кататоническое изменение моторики выявляется совсем не обязательно, возбуждение обусловлено всегда присутствующим маниакальным аффектом, а специфика придается грубой некритичностью, благодаря которой шутливость и проявляется как дурашливость.

Нельзя не указать и на существование неадекватной психологической категории, на основе которой сформировались искаженные психопатологические представления. Речь идет о “психической энергии” или так называемой “энергетике”, ставшей расхожим понятием у широких слоев населения. На самом деле существование такой “энергетики” или отдельной “энергетической сферы” не убедительнее, чем других парапсихологических и мистических понятий. Поэтому представляется возможным говорить лишь о вариациях в интенсивности эмоций и остроте восприятия, тогда как изолированная от определенных психических составляющих “энергия” — то же самое, что и физическая энергия, существующая безотносительно материи. Когнитивная сфера, в отличие от двух других, идеальна, идеально и осознание воспринимаемых образов и своих эмоций. Поэтому психическая энергия может характеризовать только сферы восприятия и эмоционального реагирования как на него, так и на собственные мысли, но не последние как таковые. Изменение темпа мыслительной деятельности при аффективных состояниях (депрессии, мании, астении) и расстройстве сознания свидетельствует о ее зависимости от эмоций и восприятия (выступающей ее предпосылкой), но не о наличии особой психологической сферы “энергетики”. Такой термин как “редукция энергетического потенциала” отражает лишь недостаточную интенсивность эмоциональных процессов, в первую очередь эмоционального компонента влечений и побуждений. Равным образом вводит в заблуждение и представление о существовании “стенического” и “астенического” склада личности. Правомернее говорить о различиях в эмоциональной живости, отражающейся на активности поведения. Явно повышенная поведенческая активность свидетельствует о стимулирующем воздействии аффекта, обычно гипоманиакального (так называемая гипертимность), но возможно и тревожного. Это подтверждается, в частности, повышенной частотой в этих случаях гипоман-



ний (или, соответственно, тревожных расстройств), в том числе гипоманиакальных “окон” в рамках депрессивных эпизодов, большей характерностью оживленных влечений.

К неоднозначным симптомам следует, прежде всего, причислить относящиеся к поведенческой сфере. Необходимо подчеркнуть, что речь идет не только о конкретных, хотя и повторяющихся, поступках, таких как разговор вслух с самим собой, который не обязательно указывает на вербальный галлюциноз (он может, например, представлять собой компенсаторное явление у лиц, оказавшихся в одиночестве). Важно анализировать и поведенчески-характерологические особенности, как например “ригидность”. Последняя обычно подразумевает недостаточную способность к своевременному изменению устоявшихся взглядов и (или) наработанных поведенческих стереотипов, как того требовали бы объективные обстоятельства (перемены в реальной ситуации или аргументационном ряде). Такая сниженная адаптивность может быть обусловлена особенностями как когнитивных, так и эмоциональных процессов. Дementные больные не в состоянии в должной мере осмыслить перемены, а не критичные игнорируют их. Эмоциональная вязкость не позволяет легко менять свое отношение к кому-либо или чему-либо. Когда перемены требуют напряжения эмоций, их истощаемость обуславливает астеническую ригидность. Еще один вариант аффективной ригидности — тревожная или фобическая ригидность, страх перед новым (неофобия).

Неоднозначные категории в психиатрии могут отражать неопределенность психологических понятий. Здесь можно сослаться, например, на нарушения воли и безответственность (якобы, определяющие сущность инфантилизма). К сожалению, волевые, а также поведенческие функции продолжают рассматриваться как самостоятельные наряду с эмоциональными и когнитивными. На самом деле, волевые расстройства видятся производными от патологии как когнитивных, так и эмоциональных процессов. В одном случае вследствие не критичности, когда важность задачи формально признается, но фактически игнорируется, больные предпочитают деятельность, направленную на иные цели, независимо от их субъективной или объективной значимости. В другом случае задачи не выполняются из-за недостаточности эмоциональной мотивированности. Еще аморфнее понятие волевого контроля (за своим поведением и поступками, обусловленными влечениями и эмоциональными всплесками). Возможность утраты контроля за употреблением спиртного (или другими влечениями) у в остальном достаточно “волевых” личностей заставляет думать, что проблема заключается не столько в волевой функции, сколько в интенсивности эмоциональных побуждений (к удовольствию или разрядке). Игнорирование негативных последствий своего поведения (безответственность) также может быть обу-

словлено как неспособностью их четкого прогнозирования, так и равнодушием к ним.

Психопатологически разнородным оказывается и пищевое поведение. В частности, отказ от пищи лежит в основе квалификации нервной анорексии, при которой в качестве необязательного критерия по МКБ-10 отмечают также страх ожирения. Действительно, аноректическое поведение может быть обусловлено страхом, точнее говоря социофобией. Однако в основе аноректического поведения может лежать эмоция отвращения. И страх, и отвращение выступают на фоне усиливающего их депрессивного аффекта. Иногда, впрочем, сопровождающаяся снижением аппетита и достаточной не критичностью депрессивность и сама по себе приводит к аноректической потере веса.

При выявлении поведенческих отклонений индивидуальный анализ лежащих в их основе конкретных психологических или психопатологических феноменов особенно важен. Например, склонность к азартным играм при гипоманиях почти непременно означает расторможение влечений, но не всегда. Вот пример отличавшегося скуповатостью пациента, который проиграл небольшую сумму, заглянув в состоянии гипомании в игорный дом, и сделался его завсегдатаем. Особенного азарта, радости от игры он при этом не испытывал, ему хотелось лишь искоренить обиду за “несправедливость” все возраставших проигрышей. Формально всегда понимал мизерность шансов отыграться, но вопреки этому все-таки надеялся на удачу. Чтобы иметь больше денег на игру активно подрабатывал (работоспособность в этот период была повышенной), текущие заработки проигрывал, сохраняя, однако, прежние накопления. Через полтора года наступила полугодовая ремиссия в аффективном состоянии, при этом начал более трезво относиться к возможности отыграться (снова вернулся к игре уже только при рецидиве гипомании). Поскольку влечение к азарту отсутствовало, такое поведение следует расценивать как псевдолудоманическое. Оно было обусловлено усиливающейся в рамках гипомании не критичностью (переоценкой своей удачливости).

Таким образом, одно и то же понятие (не относящееся к безусловным психопатологическим категориям) в зависимости от контекста может быть ложным, условным, искаженным или неоднозначным. Так, “патологическое” фантазирование ставит вопрос о том, что именно является патологичным. Вряд ли к патологии следует относить богатство воображения. Патологией может быть выявляемая при фантазировании не критичность (случай искаженного понятия). Содержание фантазий бывает различным, в том числе отражать детские страхи (например, в темноте с наглядностью представляют устрашающие образы чудовищ), но патологией в таких случаях является страх, а не фантазирование. Наличие еще одного искаженного варианта категории “патологического фантазирования” означает, что она является неоднозначным понятием. Выделяется гиперкомпенсатор-

ный вариант “патологического” фантазирования, которое облегчает психологическую переработку психотравмирующей ситуации. Здесь необходимо в первую очередь дифференцировать реакцию на психотравму как адекватную или патологическую. В зависимости от этого и следует оценивать фантазирование как нормальное (ложная категория) или условно патологическое. Компенсаторную же роль фантазирование может играть и при аутохтонных психических нарушениях (также условно патологическая категория). Неопределенно понятие “бредоподобного” фантазирования (еще один вариант “патологического” фантазирования). Одни авторы указывают, что в отличие от бреда оно не стойко, другие — что в отличие от сверхценностей бредоподобное фантазирование стойко и не поддается коррекции. Такой дифференциальный критерий неудачен, поскольку бред, как и любой другой симптом, может возникать транзиторно, например, на несколько часов. Если фантазирование не бредовое, то оно начинается с влечения к фантазированию как игре, увлеченность которой приводит к временной утрате критики (эмоциональная нескритичность как при псевдологии не исключает одновременного наличия когнитивной нескритичности). При невозможности вынести диагностическое заключение (из-за недостаточности самоотчета, например) предпочтительнее оценивать случай как дифференциально-диагностический, поскольку рубрика бредоподобности создает лишь видимость ясности и не стимулирует попытки последующей дифференциальной диагностики. Если воображению ребенка свойственна яркая наглядность, то сложнее бывает дифференцировать фантазирование с галлюцинированием.

К сожалению, на решении медицинской проблемы определения болезненных расстройств существенным образом сказывается социальный критерий: не одобряемое обществом поведение скорее будет рассматриваться как патологическое. Например, психиатрам труднее согласиться с непатологичностью агрессивности и воровства, чем предшествующего спариванию поведения, которое у людей называется флиртом. Весьма осуждающе психиатры относятся к нескромности, поэтому лица с выраженной склонностью к выделяющему поведению (в терминологии этологов), т.е. демонстративностью, особенно если им присуща и инстинктивная тяга к подражательности, будут обозначены как страдающие гистрионным расстройством личности (истерической “психопатией”). Фактически, социально одобряемые и неодобряемые влечения биологически равноценны, но поведение, обусловленное последними, с большей вероятностью свидетельствует о нескритичности и (или) аффективном расстройстве.

Впрочем, патологическим может признаваться даже такое восплаемое различными видами искусств влечение как любовь. Внедрен термин “небредовая патологическая любовь”. Попытки обосновать патологичность здесь не прослеживаются. Видимо, подра-

зумеваемым доказательством служит тот факт, что при разрыве с “объектом любви” возникают реактивные (судя по описаниям — эндореактивные) состояния (“с феноменом небредовой патологической любви”). По этой логике развитие психогенных состояний после катастроф должно свидетельствовать о “патологической” любви к жизни у таких пациентов. Разумеется, любовь, как и всякое влечение, может быть не только ложной психопатологической категорией, но и условной, отражая оживление инстинктивного поведения при (гипо)маниях или представляя собой компенсаторное образование при субдепрессиях (что уже обсуждалось ранее), но не о таких случаях ведется речь при характеристике “небредовой любви”. “Бредовая любовь” обнаруживается в рамках эротомании. Хотя здесь указывается, что бредовой характер любви сомнений не вызывает, они-таки больше, чем оправданы. Очевиден лишь бредовой характер идей любовного притязания. Понятие же “бредовой любви” должно означать наличие “ложного” убеждения в своей влюбленности. Однако из приводимых иллюстраций следует, что больные и впрямь одержимы предметом своей любви как пьяница водкой, да и сложно представить себе как можно чувствовать влюбленность, а на самом деле не испытывать ее. Развился ли бред любовного притязания у влюбленного или нет, не превращает любовь в бред. Точно так же любовь не становится бредовой, если возник бред ревности или любой другой. Бредовые расстройства развиваются и на фоне других влечений, не трансформируя их в бред. Если лудииоман, начав замечать намеки, символически сулящие экстраординарный выигрыш, станет делать совсем опрометчивые ставки, то это бредовое поведение не свидетельствует о бредовом характере пристрастия к азарту. При таком бреде значения оно ожидаемо вне зависимости от тяги к игре.

Созданию путаницы в психиатрической терминологии в значительной мере способствует распространенная практика определять и характеризовать психическую патологию по содержанию мыслительной деятельности. Помимо удобства такой практики предпосылкой ее сохранения является и реально существующая корреляция между идеаторным содержанием психопатологических переживаний и их более значимыми характеристиками. Примером могут быть не только бредовые расстройства, что обсуждалось ранее. Так, контрастные obsessions типологизируются на “проспективные” и “ретроспективные” в зависимости от того, касается ли содержание страха еще не совершенного или уже совершенного. В первом случае бояться потерять контроль и причинить вред себе или кому-то в будущем, а во втором опасаются, будто ущерб был причинен (не по злему умыслу) в прошлом. Ориентация на когнитивное содержание страха приводит к игнорированию того факта, что в первом случае сначала возникает произвольное (и не всегда ясно осознаваемое) желание причинить

вред (разновидность агрессивного или аутоагрессивного влечения), и чем оно интенсивнее, тем меньше уверенности в способности справиться с ним. Отсюда и страх, который даже необязательно патологичен. Здесь ожидаемы импульсивные, т.е. на самом деле неконтролируемые влечения. Во втором же случае неуверенность первична. Поэтому здесь не случайны навязчивые сомнения, “повторный контроль своих действий вне связи с возможным ущербом для других лиц”, другие фобии (т.е. иные клинические разновидности тревожных расстройств).

По психологическому содержанию обозначаются целые поведенческие комплексы, и оно начинает оцениваться как психопатологическая категория, вытесняя на второй план действительные расстройства. Подобным образом изучение “шизофренических реакций отказа” (вместо реакций отказа у больных шизофренией) заставляет исследователей полагать, что, например, реакции капитуляции могут “возникать в форме шубов” (с депрессивной и неврозоподобной симптоматикой). А ведь в психопатологии шубы — не форма, а сущность, и речь скорее должна идти о таких шубах, которые спровоцированы психогениями и (или) протекают в обрамлении той или иной психологической реакции, а, возможно, и видоизменяют последнюю, определяют ее вариант. Собственно, и дифференциация вариантов реакций отказа по психологическому содержанию выглядит мало убедительно: и при “капитуляции”, и при “избегании” за “признанием своей несостоятельности” следует “отказ от деятельности”. Различия состоят в выраженности аффектов тревоги и апатии, что давно и справедливо принято учитывать при дифференциации всех депрессивных состояний, в том числе и аутохтонных. Здесь логичнее предполагать, что несущественные особенности психологического содержания в переживаниях пациентов зависят от более значительных различий в психопатологической структуре состояний, которые, судя по их характеристике, являются не столько психогенными, сколько эндореактивными.

По психологическому содержанию выделяются и весьма продолжительные этапы жизни. Достаточно неопределенно выглядит понятие “второй (новой) жизни”, заимствованное из-за рубежа, где его употребление мало заметно. Наверное, это станет открытием для академических психиатров, но факт остается фактом: очень многие люди уходят на пенсию (вынужденно или добровольно). При этом они зачастую полностью или частично перестают интересоваться прежней профессией, уделяя основное внимание внукам, приусадебному хозяйству, здоровью и пр. Это вторая жизнь (в новых условиях). Психическое или соматическое заболевание также создает новые условия жизни, будь то в рамках бредовой системы или тревожного реагирования на изменения в состоянии здоровья.

При обсуждении психопатологических категорий нельзя не отметить предпочтительность терминологи-

ческой ясности. К сожалению, иногда обнаруживается склонность уподобляться тем гоголевским дамам, которые вместо “высморгаться” говорили “обойтись посредством носового платка”. Так и у нас вместо сонливости и обжорства речь идет об “амплификации соматочувственных влечений”, как будто существуют бесчувственные влечения. Если принимать этот термин, то логично было бы причислить бессонницу к “диминюции” “соматочувственных влечений”, но здесь почему-то говорят об их “отчуждении”, хотя в психиатрии принято под отчуждением понимать вариант деперсонализации.

Неясность терминологии, видимо, иногда отражает диагностическую неуверенность. Одни психиатры используют понятие “сенситивные идеи отношения”, описывая при этом несомненный бред, другие наряду с бредовыми говорят о “сверхценных идеях преследования”. В последнем случае, надо полагать, речь идет о реальном преследовании, которым пациенты озабочены сверх меры.

Психиатрические термины порой отличаются литературным уклоном. Некоторые из них весьма точны (например, “стоячие обороты”). Другие менее определены. Например, подразумевает ли “моноподобная активность” только эмоциональное однообразие или еще и особую настойчивость в какой-то деятельности? Третьи указывают на конгломерат явлений, набор которых может быть разным. Например, “фершробены” (“чудаки”) обнаруживают не критичность, которая может сочетаться с кататоническими особенностями моторики, сверхценностями нелепого содержания, приподнятым аффектом, ритуализированным вследствие фобий поведением. “Литературные” термины также могут представлять собой ложную, условную и неоднозначную симптоматику. Например, все, что говорилось о сверхценностях, относится и к такому их варианту как “метафизическая интоксикация”: идет ли речь только об увлечении или оно следует за гипоманиакальным аффектом, выявляется ли при этом когнитивный дефицит или недостаточная продуктивность обусловлена только связанной с гипоманией разбросанностью в философских занятиях.

Разумеется, проведенное обсуждение психопатологических проблем психиатрической науки и практики ни в коей мере не ставит под сомнение важность проводившихся клинических исследований и накопленного опыта. Оно лишь призывает к повышению точности используемых понятий, что должно способствовать развитию более адекватных представлений о сущности психической патологии. Ложная, условная, искаженная и неоднозначная симптоматика может обращать на себя внимание раньше, чем безусловная, и, соответственно, оказываться основанием для обращения (первичного или очередного) к психиатру, диагностическая задача которого — разобраться, идет ли речь о психологической особенности или о психической патологии и какой именно. В этом состоит ее практическое значение.



# Взгляд на реформу психиатрической помощи на XIII съезде НПА России

А. Г. Гофман<sup>1</sup> (Москва)

Когда речь идет о реформе психиатрической помощи, то прежде всего, стоит вопрос о том, что делать с теми койками, которые есть.

Одна точка зрения состоит в том, что ничего нельзя сокращать, потому что если будем сокращать, будет еще хуже, и просто невозможно сократить. Но есть примеры работ ряда учреждений, которые показывают, что все можно сделать. Недавно были сделаны доклады двух главных врачей, один из Санкт-Петербурга, другой с Урала. Что оказалось? Что если проводятся психосоциальные программы, то можно выписать тех больных, которые накапливаются. И вообще накопление больных как некий биологический процесс, это нонсенс. Естественно, если ничего не делать, а ограничиться только медикаментозным лечением, то больные будут накапливаться и, тогда положение безвыходное. Но если заниматься психосоциальной программой, добиваться того, чтобы возникали промежуточные учреждения, общежития для больных, стремиться к тому, чтобы больные могли вести автономный образ жизни, тогда потребность в койках начинает сокращаться. На некоторых территориях это находит отражение даже в статистических данных, т.е. принимает некий масштаб. Поэтому я думаю, не следует говорить, что сокращение коек невозможно.

Есть опыт огромного количества стран. У нас количество коек превышает все возможные пределы, потому что всегда была ориентация только на медикаментозное лечение. Оно еще не совершенно. А что будет, если на 10 % сократить количество коек? В нашем институте было проведено исследование, которое показало, что если мы на 10 % сократим количество коек в Москве, то это обеспечит бесплатное лечение всех больных современными средствами в амбулаторных условиях. То есть закончится это безобразное положение, когда врач не может назначить больному то, что нужно, а у больного нет денег, чтобы купить необходимое лекарство. Ведь современные препараты могут приобрести не более 5 % москвичей. Поэтому приходится лечить старыми средствами, и значит, необходим циклодол. Нельзя же вводить больного в состояние нейрелепсии, акинетон, это не циклодол. Я не знаю, в силу чего возникло это безобразное положение с отсутствием циклодола. Я слышал версию, что закрыли одновременно два завода.

Если будет осуществляться реформа, мы придем к нормальному положению. В больнице будет лечиться только тот, кто должен там лечиться. Нужно стремиться не только к тому, чтобы купировать возбуждение

и устранить бред и галлюцинации, а адаптировать больного к нормальной жизни. Это главная задача, все остальное промежуточное.

Второй очень существенный момент по поводу недобровольного лечения. При существующем бумаготворчестве, я удивлен тем, какая цифра здесь приведена — 25 % недобровольных госпитализаций (в Архангельске — прим. ред). Какие 25 %? По-моему, в Москве не больше 7 %. К нам привозят человека в белой горячке. Что врач должен сделать? Заполнить массу документов, оформив, что это принудительное лечение и т.д. Горячка закончится через три дня. Значит вся возня с судом и писанием бессмысленна, и конечно, врач этого делать не будет. Больному подsunут бумагу, и он в стадии белой горячки, ничего не соображая, распишется. Дальше его будут лечить и потом выпишут. Врач принимает в Москве за сутки во время дежурства до пятидесяти и больше больных. Какие бумаги он там будет оформлять? И больному говорят: — конечно, это не хорошо, но это вынужденно — “или ты лечишься добровольно, или будет суд, и ты будешь лежать здесь полгода, а то и больше”. Конечно, больной подпишет согласие на добровольное лечение. Вот и весь механизм. Если бы были устранены эти вещи, тогда никакой разницы в показателях не было. А во всем мире процент недобровольных госпитализаций не меньше 25 %.

Теперь по поводу цифр, которые меня очень смущали. Не было приведено данных в докладе о том, что делается с койками интернатскими и психиатрическими. Дело в том, что если вся деятельность сводится к тому, что мы увеличиваем количество коек в интернатах и сокращаем в психиатрических больницах, то это не дело. Надо заниматься тем, чтобы больных приспособлять к жизни, а не переводить в другое учреждение. В интернате, конечно, дешевле, но это все равно не автономная жизнь. Я думаю, что при анализе надо учитывать то, что происходит. К сожалению, я не смог добиться этого ответа не только от специалистов в этой аудитории. Дело в том, что разобщены ведомства здравоохранения и социальной защиты все еще реально разобщены. Поэтому, если количество коек в интернатах растет с такой же скоростью, с какой идет уменьшение коек в психиатрических больницах, то это очень плохо. Никаких рывков с сокращением коек делать просто невозможно. Все надо делать постепенно. Как можно сразу одновременно сократить коечный состав на 50 %, зная, что процесс адаптации больного составляет достаточно длительное время. Нужно учитывать и вопрос с кадрами, и все остальное.

<sup>1</sup> Руководитель отделения наркологии Московского НИИ психиатрии.

По поводу наркологической помощи и того, что с ней происходит. Конечно, выделение наркологической помощи было вынужденным. Когда количество наркологических больных сравнялось с количеством душевнобольных, стало ясно, что получить финансирование и штатное обеспечение можно только, если будет создана особая служба. Но дальше началось совсем не то, что нужно. Во-первых, допустили возможность участия в наркологической службе людей, не имеющих никакой психиатрической подготовки, в наркологию пришло много лиц, страдающих алкоголизмом. Я думаю, что закон о наркологической помощи никого не разъединяет. Это закон об оказании помощи, а служба организована на разных территориях по-разному. Если сильный руководитель-психиатр, то служба единая. На некоторых территориях другие условия, там это разъединено, но службы как-то контактируют между собой. Это всегда зависит от конкретных условий: какая сложилась традиция, как обучены кадры, какое количество коек. Я не думаю, что само по себе существование двух служб приведет к изоляции. Другое дело, что законодательно должны быть устранены некоторые нелепые вещи, которые разъединяют людей и не дают им возможности работать, потому что нет такой бумажки, нет такой специализации.

Теперь насчет введения стандартов лечения. Вышла книжка о том, как следует организовать лечение больных шизофренией. Там подробно расписано как лечить, что назначать, в какой последовательности, какие психосоциальные мероприятия проводить и даже даны справки по основным препаратам, осложнениям и всему остальному. Как все это можно перевести на стандарты психиатрии, я плохо себе представляю. Например, я назначаю больному людимил, вижу, что не идет препарат, значит, я ищу другой. Сегодня количество нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов — это несколько сот препаратов, если не больше. Я не думаю, что сейчас есть возможность с самого начала все оговорить. Как вы знаете, в американской психиатрии такой стандарт: один нейролептик ничем не отличается от другого, кроме того, какие осложнения он вызывает. Пересчитываете на аминазиновые коэффициенты, и взаимозаменяете, что угодно. На самом деле это не так. Есть больные, у которых на трифтазине ничего не получится, а на галоперидоле будет выход в психотическое состояние, и наоборот. То есть запрограммировать все до конца практически невозможно. Другое дело, что есть некие принципы, которых следует придерживаться. Например, всем, кого можно лечить, начинать терапию с атипичных препаратов для того, чтобы не было нейролепсии, чтобы не выключать больных из активной жизни. Но реально это недостижимо, пока для этого нет денег. Может быть, если удастся законодательно закрепить положение, что при сокращении коечного фонда вся экономия идет только на психиатрию, на амбулаторное лечение, это будет прорыв. Но здесь есть одно существенное ограничение. Дело в том, что

если вы сокращаете количество коек, то можете прийти к тому, что учреждение перейдет в другую категорию. Главный врач, и не только он, будет получать меньшую зарплату. Это нелепое положение, чтобы интересы администрации стояли впереди интересов больных, но это пока существует. А в принципе нужно поощрять и повышать зарплату тем главным врачам, которые добиваются сокращения коек при улучшении качества лечения.

Что будет с наркологической помощью дальше? Как она оказывается сейчас? — Плохо. Вполне понятно, почему: нельзя отрывать больных от той жизни, которой они живут. Может себе позволить работающий человек, даже москвич, лечиться столько, сколько нужно? Нет, его выгонят с работы. Значит, врачи вынуждены лечить его столько времени, сколько он может позволить себе находиться в больнице. Поэтому лечение кратковременное. Это не потому, что учреждение превращается в хорошо работающий вытрезвитель, а потому, что нет возможности лечиться столько времени, сколько нужно. Это первое. И второе, самое страшное в наркологии. — Система реабилитации не работает. Это то, о чем говорил профессор Дудко. Мало реабилитационных учреждений. Конечно, все не может сводиться к медикаментозному лечению. После того, как купирован абстинентный синдром, человек приведен в нормальное состояние, основное — это реабилитационные программы и психотерапия. Но как это организовать, если даже в Москве нет государственных реабилитационных центров? Поэтому и результаты соответствующие.

Все, о чем мы сейчас говорим, хорошо бы довести до сведения Министерства здравоохранения и социального развития, чтобы не допускать таких грубых ошибок с лекарствами, а теперь с пятидесятипроцентным сокращением коек. Это просто абсурдная программа. Спасибо за внимание.

— Александр Генрихович, Вы посчитали, что 10 % сокращения коек позволит улучшить лечение в диспансере? — Не улучшить, а сделать бесплатным лечение всех больных. — Логически следует так, что 10 % сокращается, дальше автономное приучение больных к жизни. Кто, где, будет этим заниматься? — В диспансерах. — Не будут. Для этого нужны реабилитационные центры такие же, как в наркологии, где больных научат платить за квартиру, обслуживать себя и т.д. Койки сократят, а промежуточных центров не будет. — Вы правы в том отношении, что когда нет желания лечить больных, то ничего и не будет. В Москве, например, есть разные диспансеры, и оказывается, что при одной и той же зарплате качество оказываемой помощи различно. В одном диспансере используют реабилитационные программы, а в другом слышать не хотят. Поэтому дело не только в маленькой зарплате. А в Москве зарплата людей, работающих в наркологии, достаточно высока.

**А. А. Седнев<sup>2</sup> (Воронеж)**

Реформы в психиатрии, наверное, начались с того, что был создан институт главного психиатра России. То, что уже каким-то образом начало формироваться в определенную систему, потом исчезло, развалилось, пошли какие-то показатели, и контроль стал устанавливаться теми же стандартами, лицензионными требованиями, пошел как бы снизу, на основании подзаконных актов. Так, например 633-й приказ не является подзаконным актом, он не ссылается ни на 131 ФЗ, ни на 122 ФЗ, не говорит о том, что оказание психиатрической помощи является расходным обязательством субъекта Федерации.

На сегодняшний день положение “скорой психиатрической помощи” очень разноречивое. Где-то она в структуре государственных учреждений: диспансеров или больниц, а где-то осталась в структуре станции скорой помощи. Мы сегодня имеем такое подразделение у себя в структуре диспансера, и нам сказал Росздравнадзор, что они не будут его лицензировать, потому что оно должно быть передано на муниципальный уровень.

Мы столкнулись с реформированием на основании 131 ФЗ. Да, действительно, где-то уже сократили муниципальные образования, тех же врачей психиатров, которые были в структуре ЦРБ, вывели за рамки ГУЗ. Что это за образование — непонятно. За 100 – 200 км сидит человек, у него нет базы, он сидит на муниципальном образовании. Это и есть лицензирование? Непонятно.

У нас в Воронеже, чтобы сохранить те силы и средства, которые были, пошли по пути делегирования полномочий. Через Областную Думу провели закон, и законом делегировали полномочия тем муниципальным образованиям, где были кадровые психиатры. Оставили в структуре муниципального образования и сохранили те более-менее нормально работающие психиатрические отделения, которые остались под ответственностью районной власти. Мы не стали забирать у них полномочия, наоборот — наделили, и выделили финансирование отдельной строкой. Это позволило усилить контроль по тем качественным показателям, которые были закреплены за

данным структурным подразделением. Это вселяет надежду, что хотя бы это мы не развалим. Здесь вопрос о том, как сохранить то, что мы уже имеем, а потом улучшить, исходя из того, что может быть.

Я еще хотел сказать о стандартах. С одной стороны, это вещь полезная. То, что мы имели, это было “Клиническое руководство”, и оно превратилось в учебник для молодых психиатров, и в рамках МКБ-10 произошло то, что произошло. Те, кто их контролировал, смотрели в первую очередь на стандарты, для того, чтобы хоть как-то соответствовать этим требованиям. Есть же контроль качества, есть специальный институт по отслеживанию деятельности врачей, в том числе психиатров по определенным стандартам. И этот документ является основным регламентирующим документом. Важность этого документа очень большая. В свое время Александровский обещал, что будет какое-то большое руководство, где будет фармакопей-сборник, где будет четкое обоснование, выбор, набор и т.д. На сегодняшний день, кто проводит эти новаторские преобразования, какой вариант будет утвержден — никто не знает. Но утверждено будет обязательно. Росздравнадзор организация серьезная. Если что-то не получается, то это отказ от деятельности. И уже прозвучали голоса, что определенным учреждениям не дали лицензию, со всеми вытекающими последствиями.

Есть еще одна проблема. У нас есть лицензионные требования, но нет нормативной базы для психиатрических учреждений по техническому оснащению, нет нормативов по материальной базе, в том числе по “скорой помощи”. Те приказы, которые были, давно устарели, они были изданы еще в советское время. Приказ, который был по “скорой помощи”, не касается психиатрии вообще, там только одна строчка: “может быть организована в структуре”. На сегодняшний день это такой провал. Я не знаю, как в других регионах будут лицензировать “скорую помощь”. Это проблема. Нужно вынести на обсуждение такие вещи, которые не стыкуются в рамках наших новых нормативных актов. Спасибо за снятие.

**Е. В. Снедков<sup>3</sup> (Санкт-Петербург)**

Глубокоуважаемые коллеги!

Имеются ли среди российских психиатров принципиальные противники соблюдения законных прав психически больных? Вряд ли. Тогда почему же облик отечественной психиатрии меняется не столь

успешно, как всем нам хотелось бы? Почему то в одном, то в другом регионе страны против психиатров возбуждаются судебные иски — главным образом, по поводу необоснованных недобровольных госпитализаций? Почему мы сплошь и рядом сталкиваемся с не-

<sup>2</sup> Заместитель главного врача Воронежского областного клинического ПНД.

<sup>3</sup> Профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова.



оправданно длительным пребыванием больных в условиях психиатрической больницы? Почему вместо качественно пролеченных больных мы нередко видим “залеченных”, с множеством ятрогенных побочных эффектов и осложнений? Неужто наши специалисты в основной своей массе малокомпетентны?

На самом деле, отечественная психиатрия вполне соответствует той модели, которую желает видеть общество. Мы ведь знаем, чем заканчиваются для практических врачей и для руководителей психиатрических учреждений совершение пациентами правонарушений, суицидов, побегов из больниц. Естественно, врачи вынуждены в этих условиях перестраховываться, в том числе путем превентивных госпитализаций и назначений больших доз антипсихотиков. Во-вторых, живучи мифы о полной неизвестности этиопатогенеза психических болезней, об их абсолютной неизлечимости и о необъективности клинического метода обследования больного. Отсюда — плачевное материальное положение большинства психиатрических учреждений, отвратительное обеспечение больных одеждой, питанием, лекарствами, достойными человека бытовыми условиями, плюс социальная стигматизация. Отсюда же — развернутая на территории страны беспрецедентная антипсихиатрическая кампания, которая существенно усугубляет названные проблемы, но которой, по сути, не противопоставлено сколько-нибудь внятных контраргументов. Ярким примером экспектаций общества в отношении психиатрии можно назвать ведущуюся в недрах Госдумы работу над законопроектом о реанимации советской системы принудительного лечения больных наркоманиями и алкоголизмом — иными словами, о реанимации использования психиатрии как инструмента для решения социальных проблем.

Все это происходит потому, что общество приписывает психически больным повышенную опасность, совершенно упуская из вида, что их противоправные действия чаще всего обусловлены не бредом или галлюцинациями, а плохой адаптацией, в силу личностных изменений, плохой социальной защищенности и тех же самых социальных причин, как среди “здоровых”. Не принимается во внимание, что современный уровень знаний о природе психических расстройств теперь не так уж разительно отличается от знаний о внутренних болезнях, а врачебное искусство и аппаратные диагностические технологии — это отнюдь не одно и то же. Изменение образа жизни, мировоззрения и нравственности пациента не могут быть целью врачевания. Принудительное лечение больных, не совершивших противоправных действий, не имеет этических, научных, юридических или экономических обоснований. Административные меры по принуждению больных, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, к прекращению злоупотребления и к добровольному обращению за наркологической помощью (без риска связанных с этим репрессивных мер со стороны правоохранительных органов и стиг-

матизации) необходимы. Однако принудительное лечение больных данной категории — это возврат к злоупотреблению психиатрией, который помимо всего прочего повлечет одно лишь ухудшение наркоситуации в стране.

Представляется логичным, что лоббирование и защита интересов психически больных, психообразовательная работа с населением могут стать реальными только в том случае, если в рамках Всероссийского общества психиатров будет создан постоянно работающий штатный отдел по связям с общественностью и юридической поддержки. Для этого общество должно приобрести статус юридического лица и изыскать источники финансирования — скажем, за счет сертификации специалистов, разумного увеличения суммы членских взносов, собственных печатных изданий, и т.п. Желательно, чтобы Независимая психиатрическая ассоциация всячески стимулировала этот процесс.

Несомненно, существует множество проблем, которые нужно решать в пределах самого психиатрического сообщества. Сюда следует отнести чрезвычайно распространенное использование полипрагмазии, особенно комбинаций антипсихотиков. Различия в спектрах клинического действия между отдельными препаратами придают такому способу лечения определенный “здоровый смысл”, однако единый дофамин-блокирующий механизм действия препаратов при этом недоучитывается и приводит к применению избыточных суммарных доз. Усугубление дофаминовыми антагонистами гиподофаминергической нейротрансдачи в лобной коре, которая характерна для больных шизофренией, негативно отражается на общих результатах лечения. Происходит усиление всех прочих проявлений “гипофронтальности”, включая когнитивный дефицит; нарушаются высшие интегративные функции мозга, затрудняется синтез, страдает критика. Антипсихотическая полипрагмазия гораздо чаще, нежели монотерапия в умеренных дозах нередко приводит к развитию побочных эффектов и осложнений, подчас очень серьезных. Не секрет, что в практике встречаются случаи, которые иными специалистами трактуются как “приступы фебрильной шизофрении” или же “злокачественный нейролептический синдром”, хотя речь идет о банальной интоксикации антипсихотиками вследствие их передозировки. Вряд ли сегодня найдется область медицины, где лекарственные средства применялись бы столь же иррационально, а прописные истины фармакокинетики игнорировались бы с такой же небрежной легкостью, как в психиатрии.

Причины — это, прежде всего, противоречивые, зачастую малообоснованные, анахроничные рекомендации по лечению больных в современных официальных руководствах по психофармакотерапии. Во-вторых, это недостаточная подготовка психиатров в вопросах клинической фармакологии и в знании механизмов действия антипсихотических препаратов, пренебрежение основными принципами фармакоки-

нетики, необоснованно частое назначение “антипсихотических коктейлей” без оценки величины суммарных дозировок и без учета негативного влияния избыточных доз на эффективность, переносимость и безопасность лечения. То же самое относится и к тактике чересчур поспешной смены препаратов. Третьей и не менее существенной причиной является стремление некоторых врачей максимально быстро достичь редукции поведенческих расстройств. Такое стремление к быстрому установлению контроля над грубо искаженным болезнью поведением больного вполне закономерно. Однако реализуется оно не путем присоединения седативного препарата с иным механизмом нейрхимического действия (допустим, анксиолитика, нормотимика), а методами “быстрой нейролептизации” с резким взвинчиванием доз антипсихотиков, их поспешной сменой и комбинированным применением без оценки лекарственных интеракций и суммарных доз.

Атипичные антипсихотики изменили прежние представления о “неотделимости” антипсихотического действия от возникновения экстрапирамидных побочных эффектов. Улучшенный профиль их переносимости был достигнут не только за счет несколько иного нейрхимического механизма, но и благодаря тщательному подбору оптимальных режимов дозирования в ходе многочисленных клинических исследований. В итоге уровни диапазонов доз, рекомендованные для классических и для атипичных антипсихотиков, в пересчете на аминазиновый эквивалент оказались весьма неравнозначными. Например, для галоперидола максимальная официально разрешенная доза в аминазиновом эквиваленте составляет 3000 – 5000 мг/сут. Ни для одного из атипичных антипсихотиков разрешенные дозы в аминазиновом эквиваленте не превышают 800 мг/сут. Неудивительно, что после перевода многих “фармакорезистентных” пациентов на прием препаратов нового поколения, мы нередко наблюдаем столь разительное улучшение психического и соматического состояния.

Остро стоит вопрос и об использовании антихолинергических корректоров в профилактических целях (при отсутствии экстрапирамидной симптоматики). Известно, что корректоры обладают пропсихотическими свойствами, они ухудшают когнитивные функции, вызывают холинолитические побочные эффекты. Наше недавнее собственное исследование показало, что при профилактическом применении циклодол не только ослабляет эффективность антипсихотиков, но и способствует развитию гипергликемии, которую можно расценивать как симптом формирующейся готовности к возникновению серьезных метаболических осложнений терапии. Установлено также, что в случаях использования корректоров в профилактических целях периоды купирования обострений протекают продолжительнее, а ремиссии оказываются менее качественными.

Поэтому в лечебной практике целесообразно установить ограничения, касающиеся режимов дозирования антипсихотических препаратов и использования полипрагмазии. Рекомендуемые диапазоны доз классических нейролептиков целесообразно пересмотреть в сторону их уменьшения. Ограничения должны также коснуться использования антихолинергических корректоров в профилактических целях. Вопросы назначения пациентам сверхвысоких доз антипсихотиков (более 1000 мг/сут в аминазиновом эквиваленте), одновременного назначения двух или более антипсихотиков должны рассматриваться консилиумом врачей. Потенцирования седативного эффекта в необходимых случаях предпочтительно достигать комбинациями антипсихотических препаратов с психотропными средствами иных классов — например, со стабилизаторами настроения и/или с анксиолитиками. Оценивать эффективность препарата и ставить вопрос о его смене (при отсутствии серьезных нежелательных явлений) следует не ранее, чем через 4 – 6 недель.

Необходимы дополнительные меры, обеспечивающие право больных шизофренией беспрепятственно получать нужное им лечение, в том числе и препараты нового поколения, по медицинским показаниям, а не в зависимости от их возраста, социального положения и материальных возможностей.

Имеется потребность в более широком внедрении психообразовательных программ в работу с больными и их родственниками, а также в улучшении качества диспансерного патронажа над одиноко проживающими пациентами.

Нужно приложить максимум усилий для преодоления наблюдаемого в отечественной психиатрии за последние годы редукционизма: тенденции к упрощенной подмене подлинно клинических знаний диагностическими критериями статистической системы МКБ-10, к сведению многообразной психопатологической феноменологии к дефинициям различных психометрических шкал.

Современные условия требуют более эффективной организационной модели психиатрической помощи. Возможно, целесообразнее отказаться от разделения ее на больницы и диспансеры как на отдельные учреждения, а приступить к созданию психиатрических объединений, работающих на единой методологической основе, обеспечивающих рациональное использование ресурсов, ротацию специалистов, комплексность, реабилитационную направленность и настоящую преемственность в ведении больных. Примером может служить Санкт-Петербургское объединение “Детская психиатрия”, которое очень успешно работает уже на протяжении нескольких лет.

Таким образом, предстоит очень большая работа. Хотелось бы надеяться, что Независимая психиатрическая ассоциация России примет в ней самое активное и действенное участие.

Благодарю Вас за внимание.

# Современные возможности терапии больных наркоманией<sup>1</sup>

А. Г. Гофман, Т. А. Кожина, И. В. Яшкина

В последние годы в России преобладающим контингентом среди больных наркоманией являются лица, злоупотребляющие опиатами, преимущественно героином и кустарно обработанным опиумом (ацетилированным опиумом). В качестве замены героина больные используют чаще всего препараты, содержащие кодеин, трамал, а в последнее время коаксил. Особую группу по тяжести последствий хронической интоксикации образуют больные героиноманией, перешедшие на злоупотребление метадонном или сочетающие прием героина с метадонном.

Как известно, лечение опиоманов, которое теперь вне мест лишения свободы осуществляется только на добровольной основе, включает три этапа: 1) отнятие наркотика и купирование острых проявлений абстинентного синдрома, 2) нормализация сна, настроения, подавление или резкое уменьшение интенсивности влечения к наркотической интоксикации, 3) поддерживающая терапия, реабилитационные мероприятия, достижение стойкой ремиссии.

На каждом из этих этапов есть свои трудности и свои достижения, но в целом можно сказать, что терапия больных наркоманией постоянно совершенствуется, вводятся в лечебную практику новые препараты и методики. Вместе с тем, следует признать, что даже при идеально организованном лечении и проведении реабилитации всегда будет оставаться известное количество пациентов, помощь которым остается недостаточно эффективной.

Прежде всего, следует остановиться на критериях, которыми принято руководствоваться при оценке результатов терапии. В России традиционно главным критерием является длительность воздержания от употребления наркотиков. Это, действительно, важнейший критерий, так как при длительном воздержании формируется ремиссия, во время которой исчезает влечение к наркотической интоксикации, восстанавливается работоспособность, прежние интересы, появляются новые интересы, реализуются разумные планы. Как показало специально проведенное исследование в нашем институте, через 6 месяцев после прекращения злоупотребления опиатами влечение резко ослабевает или исчезает, а через год после прекращения наркотизации восстанавливается нормальное психическое функционирование. Исследование подтвердило обоснованность рекомендаций Крепелина, считавшего необходимым лечить больного

морфинизмом не менее 6 месяцев в стационаре. Для того времени это, видимо, был единственно доступный эффективный способ предотвратить наступление ранних рецидивов заболевания.

Как же оценивается в настоящее время эффективность лечения больных опийной наркоманией в России? Оказывается, при оценке лечения больных игнорируется тот факт, что прекратившие употребление наркотиков больные исчезают из поля зрения наркологических кабинетов и диспансеров. Больные зачастую по социальным причинам избегают обращаться в диспансеры, в результате, их снимают с учета. Оценить частоту возникновения ремиссий и их длительность в этих условиях трудно и часто получаются искаженные данные. Косвенно это подтверждается при обследовании больных. У значительной их части и без врачебного вмешательства ранее возникали длительные ремиссии (в 1 – 2 года). В этом смысле, как и при алкоголизме, можно выделять ремиссионное и безремиссионное течение опийной наркомании, по крайней мере на достаточно длительном отрезке времени. Если даже без специального врачебного вмешательства могут возникать длительные ремиссии с восстановлением социального статуса, почему же при использовании специальных методов лечения, они так редки? Только ли дело в неэффективности современных методов лечения или также и в несовершенстве учета частоты возникновения длительных ремиссий?

Конечно, в настоящее время существуют особые факторы, способствующие наступлению рецидивов. Прежде всего, к ним относится чрезвычайная распространенность злоупотребления наркотиками в населении. Одно дело, достижение ремиссии в стране, где максимально затруднено приобретение наркотиков, другое дело — в государстве, где покупка наркотика не является проблемой, по крайней мере в крупных городах. Фактически, больной после выписки из стационара оказывается в ситуации, где рядом с ним продолжает существовать огромное количество больных наркоманией, продолжающих употреблять опиаты, приобретение которых не представляет никаких трудностей. Поскольку выписка из стационара теперь осуществляется через 15 – 30 дней после отнятия наркотика, больные выписываются достаточно часто с еще сохраняющимся влечением к наркотической интоксикации. Невозможность избежать встречи с другими наркоманами, их активное стремление вернуть прекратившего потребление наркотика к возобновлению наркотизации приводят к рецидиву заболевания. Конечно, это не единственная причина рецидивов, но распространенность наркомании в населении и сво-

<sup>1</sup> Доклад на Международной конференции “Эффективная и доказательная наркология в эпоху ВИЧ”, 18 – 19 февраля 2008 г.



бодный доступ к наркотику играют важнейшую роль в частоте возникновения рецидивов. Поэтому совершенно невозможно сравнивать эффективность лечения, измеряемую частотой наступления ремиссий, в нашей стране и в зарубежных странах, равно как и в СССР и в современной России.

Очень важным обстоятельством, влияющим на эффективность лечения, является длительность проводимой терапии. Когда-то эмпирически было установлено, что частота возникновения длительных ремиссий резко возрастает при увеличении срока госпитализации до 2 месяцев. Этот срок лечения в стационарах больных опийной наркоманией фигурировал в методических рекомендациях, одобренных МЗ СССР. Действительно, при таком сроке госпитализации влечение резко ослабевало и амбулаторное лечение оказывалось весьма эффективным. Теперь иная ситуация. Многие больные, может быть даже большинство, не могут себе позволить столь продолжительное лечение с прекращением работы и угрозой увольнения. Поэтому в современных социально-экономических условиях, да еще при праве больных самим определять длительность пребывания в стационаре, лечение оказывается излишне кратковременным и поэтому недостаточно эффективным.

Терапия больных опийной наркоманией начинается с отнятия наркотика и купирования острых проявлений абстинентного синдрома. Для абсолютного большинства больных это означает необходимость госпитализироваться. Амбулаторное лечение, как показывают наши наблюдения, если и бывает эффективным, то весьма редко и только на этапе становления наркомании, т.е. на начальном этапе, когда длительность злоупотребления наркотиками незначительна, абстинентный синдром протекает достаточно легко, не сопровождается мучительными болями, а стойкие изменения личности отсутствуют. В подавляющем большинстве случаев наркотика отнимаются одномоментно. Это вытекает из возможности современной наркологии и соответствует действующим законодательным актам, запрещающим лечить больных наркоманией наркотиками. Исключение составляет очень небольшая группа больных, страдающих тяжелейшими соматическими заболеваниями (например, перенесшие недавно инфаркт миокарда) или заболеваниями, сопровождающимися стойким алгическим синдромом (заболевания периферических сосудов с нарушением кровообращения, кистозная почка и т.д.). Однако, в этих случаях больные лечатся в соматических стационарах, которые имеют право использовать наркотики. Очень небольшую группу составляют лица пожилого возраста, страдающие опийной наркоманией. Суточная доза потребляемого ими наркотика невелика, но абстинентный синдром может сопровождаться тяжелыми соматическими нарушениями. В этих случаях вполне возможна замена наркотика трамалом с уменьшением его суточной дозировки. Особую группу

составляют беременные женщины и дети, рожденные матерями, страдающими наркоманией. Терапия тех и других разработана недостаточно.

Основная масса больных лишается наркотика сразу же после госпитализации. Купирование острых проявлений абстинентного синдрома осуществляется разными способами. Все они могут быть разделены на быстро купирующие опийный абстинентный синдром или позволяющие сделать это постепенно. Есть сторонники и тех и других методов. К обрывающим (быстро купирующим) методам относится так называемая ультрабыстрая опийная детоксикация, когда в условиях реанимационного отделения проводится многочасовой наркоз с использованием налтрексона и налоксона. Примерно 6 – 8 часов больные находятся на управляемом дыхании. Методика требует высокой квалификации врачей реаниматологов и, конечно, не заменяет необходимости последующего амбулаторного лечения. Полнота купирования абстинентного синдрома, если больные не злоупотребляют метадоном, вполне достаточная в большинстве случаев. Другим обрывающим методом является использование больших дозировок атропина сразу же как только появляются первые проявления абстинентного синдрома. Этот метод предложили Кочмала и Пинаев. Одним из модификаций является методика Ж. Б. Назаралиева (метод центральной холинолитической блокады), подробно описанная в опубликованной в 2003 г. монографии. Существенно облегчает течение абстинентного синдрома введение амитриптилина и мелипрамина в дозировках, вызывающих кратковременное делириозное состояние. Сопоставление результатов применения больших дозировок атропина и других принятых в практике методик (мелипрамин; клофелин с тизерцином; седативные средства и снотворные) показало наибольшую эффективность применения атропина. Для обрыва абстинентного синдрома предлагались электросудорожная терапия, методика управляемой гипертермии, ксеноновый наркоз (С. А. Шамов, 2007).

В последние годы наибольшее распространение получило назначение клофелина в относительно небольших суточных дозировках (в пределах 0,6 max 1,2 мг) в сочетании с другими препаратами (финлепсин, карбамазепин, тиапридал, реланиум или феназепам, трамал). При использовании клофелина трамал назначается далеко не всегда и в небольших дозировках в течение первых 3 – 4 дней терапии. Для этих же целей используется пирроксан в сочетании с другими препаратами. Для улучшения сна часто назначают миртазапин, снотворные. Весьма эффективными оказались холецистокенин и такус. В нашей клинике удалось показать эффективность использования препарата анар, который уменьшает тяжесть течения абстинентного синдрома и нередко задерживает его появление на 18 – 24 часа. Облегчает тяжесть течения абстинентного синдрома латран. В послед-

нее время испытан препарат “Аурум-Комп”, который уменьшает тяжесть абстинентного синдрома и нормализует поведение, устраняя раздражительность, вспыльчивость.

Из немедикаментозных методик предлагались плазмаферез и гемосорбция, которые, если они осуществляются в первые трое суток после отнятия наркотика, могут привести лишь к утяжелению абстинентного синдрома.

Особо следует остановиться на хирургическом методе цингулотомии, используемом в Санкт-Петербурге и некоторых других городах. Мы располагаем рядом наблюдений, которые свидетельствуют о том, что при возобновлении приема наркотиков толерантность к опиатам остается прежней, абстинентный синдром протекает также тяжело, как и до операции, а интенсивность влечения существенно не изменяется. Видимо, эффективность лечения связана не с операцией на мозге, а с верой больных в эффективность хирургического вмешательства. Сторонники этого метода контрольных исследований с имитацией хирургического вмешательства не проводили, а теоретическое обоснование цингулотомии при лечении больных опиоманией выглядит крайне неубедительным.

Таким образом, купирование острых проявлений опиоидного абстинентного синдрома (соматовегетативные расстройства, нарушения сна и болевой синдром) может быть достигнуто достаточно эффективно с помощью различных методик. Разумеется, чем полнее купируются проявления абстинентного синдрома, тем эффективнее последующая терапия.

Вторым этапом лечения являются нормализация сна, настроения, устранение астении. Этот этап в зависимости от давности наркомании и суточной дозировки потребляемого наркотика занимает от 12 дней до 2 месяцев. Поэтому в современных условиях лечение на этом этапе вынужденно очень часто осуществляется в амбулаторных условиях. Показана эффективность назначения антидепрессантов различных групп в зависимости от структуры аффективных расстройств. Используются и трициклические антидепрессанты (имипрамин, amitриптилин, кломипрамин, мапротилин, миансерин) и ингибиторы монооксидазы (пиразидол) и антидепрессанты нового поколения (миртазапин, пароксетин, флуоксетин, циталопрам и др. препараты). Вне зависимости от трактовки взаимосвязи влечения к наркотикам и нарушений настроения антидепрессанты оказываются эффективными и для нормализации аффективной сферы и для уменьшения влечения к наркотической интоксикации. В части наблюдений для уменьшения особо интенсивного влечения к наркотикам приходится прибегать к назначению антипсихотиков (перициазин, галоперидол, зуклопентиксол, кветиапин, клозапин, перфеназин, рисперидон, сульпирид, тиаприд). Антипсихотики с седативным компонентом действия (галоперидол, перициазин, клозапин) особенно показаны в тех случа-

ях, когда влечение к наркотику сочетается с повышенной вспыльчивостью, раздражительностью. Нарушения сна устраняются с помощью клозапина, золпидема, зопиклона. Во многих случаях нарушения сна исчезают при применении антидепрессантов.

Что касается астении, то пока отсутствуют средства с доказанным антиастеническим эффектом. Вместе с тем, выраженная физическая слабость с возникновением одышки после небольшой физической нагрузки, отмечаемая при большой давности злоупотребления наркотиками и большой суточной дозировке опиатов, исчезает очень медленно, нередко на протяжении нескольких месяцев после отнятия наркотика.

Третий этап лечения больных опиоидной наркоманией — это проведение поддерживающей терапии, направленной на достижение стойкой ремиссии. На этом этапе, продолжающемся не менее 1 года, все большее значение получает психотерапевтическое воздействие и реабилитационные мероприятия. Как показывает опыт, без проведения психотерапии и реабилитационных мероприятий добиться стойкой ремиссии, как правило, не удается.

Вопрос о месте проведения реабилитационных мероприятий решается прежде всего в зависимости от реально существующих условий. Многим больным реальная помощь может быть оказана только в условиях длительного пребывания в закрытом реабилитационном центре. Таких учреждений в стране очень мало. Для большинства больных реально достижимой является помощь, оказываемая в амбулаторных условиях.

При проведении амбулаторной поддерживающей терапии теперь используется лечение налтрексоном. Не так давно появился налтрексон с пролонгированным действием (продетоксон), применение которого повышает эффективность лечения больных опиоманией.

Как в целом оценивать эффективность лечения больных опиоманией? Конечно, это невозможно сделать, если нет точных данных о судьбе больных после выписки из стационара. Кроме того, оценка эффективности современных методов лечения должна предусматривать отдельную оценку слишком кратковременного и потому неполноценного лечения и терапии, включающей длительное поддерживающее лечение с непрерывным осуществлением психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

При выборе психотерапевтических мероприятий, наверное, нужно отказаться от деления их на научно обоснованные и недостаточно обоснованные, на плохие и хорошие, на честные и нечестные. Эффективность психотерапевтических мероприятий при любом виде патологии определяется не теоретическими и идеологическими концепциями врачей, а верой больного в конкретный метод лечения и во врача, который осуществляет это лечение. Пока доказанным является высокая эффективность групповой психотера-

пии и лечения в группах наркоманов-анонимов. Во многом это определяется отбором больных в эти группы (соглашаются на многомесячное участие в работе групп наиболее сохранные больные с большой заинтересованностью в прекращении наркотизации).

Что же следует сделать в первую очередь для повышения эффективности лечения больных опиоидной наркоманией? Видимо, первоочередной задачей является значительное расширение числа реабилитационных учреждений, в которых в течение многих месяцев могут осуществляться психотерапевтическое воздействие, реабилитационные программы и медикаментозная терапия.

Наверно, понадобится законодательное обоснование для организации недобровольного лечения в условиях реабилитационных центров для части больных наркоманией.

Разумеется, радикальное решение проблемы наркомании возможно только за счет общегосударственных мероприятий, направленных на исключение транзита наркотиков из зарубежных стран, как это было в СССР.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина И. П., Коган Б. М. и др. Общность патогенетических механизмов алкоголизма и наркоманий и путей поиска средств для лечения // Ж. Фармакология и токсикология. 1990. Т. 53. № 4. С. 4 – 9.
2. Ахметов Э. Р. Комплексное применение ксенона и методов эфферентной терапии у больных зависимых от ПАВ. // Доклад на научно-практической конференции “Ксенон и ксеноносберегающие технологии в медицине — г. Москва, 15 – 16 декабря 2005 г.
3. Бабаян Э. А., Булаев В. М. Фармакологические аспекты лечения наркоманий, вызываемых морфиноподобными средствами (обзор). // Ж. Невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1989. Т. 89. № 1. С. 134 – 139.
4. Бориневич В. В. Наркомании. // М. Госуд. НИИ Психиатрии МЗ РФ 1963. 275 с.
5. Бутров А. В., Гофман А. Г., Цимбалов С. Г. Купирование опиоидного абстинентного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией: Пособие для врачей. М. 2000. 20 с.
6. Бутров А. В., Цимбалов С. Г., Медведев В. М. и др. Ультратыстрая опиоидная детоксикация. // Материалы XIII съезда психиатров России. 10 – 13 октября 2000 г. С. 231 – 232.
7. Винникова М. А. Клиническая характеристика постабстинентного состояния при героиноидной наркомании и его лечение. // Вопросы наркологии. 1999. № 3. С. 27 – 34.
8. Гофман А. Г., Лошаков Е. С., Нижниченко Т. И. Купирование опиоидной абстиненции атропином и трициклическими антидепрессантами. // Неотложная наркология. Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. 17 сентября 1987. Харьков, 1986. С. 248 – 251.
9. Гулямов М. Г., Погосов А. В. Некоторые аспекты патогенеза и интенсивная терапия опиоидного абстинентного синдрома. // Вопросы наркологии. 1993. № 2. С. 20 – 23.
10. Дудко Т. Н., Пузыренко В. А. и др. Комплексное лечение и реабилитация больных опиоидной наркоманией с использованием антаксона: Методическое письмо. М.: НИИ наркологии МЗ РФ. 1999. 10 с.
11. Дурандина А. И. Опыт лечения наркоманий субкоматозными дозами инсулина в сочетании с психотерапией и симптоматическими средствами // Сб. науч. тр. Киргиз. мед. инст. Фрунзе. 1977. Т. 120. С. 59 – 64.
12. Ефремов А. В., Верещагин И. П., Сувернев А. В., Писарев А. А., Пляскин К. П., Смирнова Т. И. Новосибирская Государственная Медицинская Академия. Современные возможности обеспечения безопасности общей управляемой гипертермии. // Тезисы докладов седьмого всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов, 25 – 29 сентября 2000 г.
13. Завьялова Н. Е. Клинико-динамические особенности опиоидной наркомании при использовании в комплексной терапии нейро-стереоаксического метода. // Материалы XIII съезда психиатров России, 10 – 13 октября 2000 г. С. 240 – 241.
14. Иванец Н. Н. Современная концепция лечения наркоманий. // Психиатрия и психофармакотерапия. 1999. № 3. С. 19 – 24.
15. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Опыт применения антаксона при лечении опиоидной наркомании. // Вопросы наркологии. 1998. № 4. С. 10 – 13.
16. Костюченко А. Л., Дьяченко П. К. Внутривенный наркоз и антинаркотика. СПб.: Деан. 1998. 240 с.
17. Кочмала М. Т., Пинаев А. С. Купирование опиоидной абстиненции атропином // Метод. Рекомендации МЗ СССР Управление по внедрению новых лекарств, средств и медтехники. Постоянный комитет по наркотикам при МЗ СССР — М., 1973. 16 с.
18. Малин Д. И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии: Руководство для врачей. М. 1997. 114 с.
19. Малин Д. И., Недува А. А. Применение тиапридала для купирования абстинентного синдрома у больных героиноидной наркоманией. // Вопросы наркологии. 1998. № 2. С. 26 – 28.
20. Медведев В. М., Яшкина И. В., Янкин Е. В. Внутривенное введение клофелина при купировании опиоидного абстинентного синдрома. // Материалы XIII съезда психиатров России, 10 – 13 октября 2000 г. С. 251.
21. Мунькин Л. М., Назаралиев Ж. Б. “Атропиновая кома” или центральная холинолитическая блокада? Труды X Юбилейной международной конференции. Новые информационные технологии в медицине и экологии. Ялта-Гурзуф, 1 – 10 июня 2002 г. Запорожье: Лаборатория издательских технологий и компьютерной графики Запорожского государственного университета; 2002. С. 425 – 428.
22. Надеждин А. Н. Эффекты преднизолона у опиоидных наркоманов в период отмены наркотика. // Вопросы наркологии. 1993. № 2. С. 23 – 25.
23. Сиволап Ю. П., Савченко В. А. Использование нейролептиков в лечении опиоидной наркомании. // Журн. невропат. и психиатрии. 1999. Т. 99. № 6. С. 29 – 34.
24. Сиволап Ю. П., Савченко В. А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое справочное руководство. М. Медицина. 2000. 350 с.
25. Тарапская А. Д., Сосин И. К., Бабичук Г. А. и др. Дифференцированное применение кранио-церебральной гипотермии в комплексном лечении наркоманий и делириозных состояний различного генеза. Харьков. 1987. 16 с.
26. Шапов С. А. Возможности применения лечебного ксенонового наркоза к патогенетической терапии экстремальных состояний у больных наркологического профиля (эффективность и безопасность). // Доклад на научно-практической конференции “Ксенон и ксеноносберегающие технологии в медицине”. Москва. 15 – 16 декабря 2005 г.
27. Gil-Ad I., Bar-Yoseph J., Smadja Y., Zohar M., Laron Z. Effect of clonidine on plasma beta-endorphin, cortisol and growth hormone secretion in opiate-addicted subjects // Isr J Vtd Sci 1985 Jul, 21(7): 601 – 604.
28. Naumov S. The state of live support systems of an organism under action of xenon // The Fifth Annual Symposium alphas-2000. 8 – 9-th September, Ulm, Germany. 2000 P. 84.
29. Wandzel L. Atropine coma in treatment of opiate addiction // Am. J. Psychiatry. 1988. V. 145. № 6. P. 777.

# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

## Поздний дебют

Семинар ведет А. Ю. Магалиф, врач-докладчик М. Е. Вихарева

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больная Л. 1935 года рождения. Поступила в больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 9 января 2008 г., впервые.

**Анамнез.** Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец по характеру был добрым, внимательным, работал прорабом на строительстве метрополитена. Погиб на Великой Отечественной войне. Мать тоже была доброй, но с сильным, властным характером. Работала товароведом. Умерла 26 лет назад от ожогов, полученных в результате взрыва бытового газа. Больная родилась старшей из 2 детей, сестра младше на 2 года. Беременность и роды у матери протекали без осложнений, в срок. В раннем психическом и физическом развитии от сверстников не отставала. Детские дошкольные учреждения не посещала, вместе с сестрой воспитывалась няней. Была общительной, доброй, любила быть в центре внимания, мечтала стать певицей. Перенесла ветряную оспу, коревую краснуху, без осложнений. В школу пошла 9 лет. Училась хорошо, легко. В школе была покладистой, общительной, имела много подруг и друзей. Участвовала в художественной самодеятельности, увлекалась пением. Закончила 9 классов и поступила в энергетический техникум. Училась хорошо, по характеру не менялась. После окончания техникума устроилась в НИИ инженером-энергетиком. Работа нравилась, отношения в коллективе были хорошими. Принимала активное участие в общественной деятельности, состояла в профкоме. Участвовала в художественной самодеятельности, пела, много выступала с концертами на вечерах, ездила с коллективом по колхозам. Познакомилась с молодым человеком из Ленинграда, встречалась с ним в течение 7 лет. Он просил ее уехать к нему в Ленинград, так как не мог бросить родителей, а она не могла оставить свою мать. Расстались, но сохранили хорошие отношения. В последующем было несколько мимолетных романов. Впервые вышла замуж в 47 лет. Понравилось, как будущий муж ухаживал за ней, поняла, что за ним будет как за каменной стеной. Брак с ним продлился 27 лет. Детей не было, так как в 1973 году была операция по поводу внематочной беременности, после чего страдала вторичным бесплодием. В начале 2000 года муж перенес инфаркт миокарда, а в 2002 году два инсульта. После второго инсульта остался правосторон-

ный гемипарез, и муж не мог себя обслуживать. Ухаживала за ним в течение 5 лет. 7 лет состоит на учете у эндокринолога по поводу узлового зоба, но лекарства не принимает. В 2004 году больная перенесла острое нарушение мозгового кровообращения и амбулаторно наблюдалась у невропатолога. Последние 3 года не работает. Сейчас она пенсионерка по возрасту.

Осенью 2006 года на коже груди и живота появилось ощущение тепла. Сначала старалась не обращать на это внимание, но затем оно стало сильнее, и появились мысли, о том, что на нее оказывается какое-то воздействие. Стала плохо спать ночами, чувствовала слабость, однако никому об этом не говорила. В январе 2007 года по совету племянницы обратилась к психиатру. Была госпитализирована в ПБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, где пробыла около 2 месяцев. Лечащему врачу о своих странных ощущениях тепла на коже и оказываемом на нее воздействии не говорила. Жаловалась только на нарушение сна. О диагнозе и проводимом лечении нам не известно. В ходе лечения сон нормализовался, прошли неприятные ощущения. После выписки чувствовала себя удовлетворительно, продолжала заниматься домашними делами, ухаживала за мужем. Лекарства не принимала, ПНД не посещала. В августе 2007 г. умер муж. Тяжело пережила его смерть. Сестра больной утверждает, что после выписки из ПБ № 4 больная чувствовала себя плохо, “была как трава, не могла ничего делать”. По ее совету в сентябре 2007 года больная находилась на стационарном обследовании и лечении в терапевтической клинике. Там ее “прокапали от химикатов”, и состояние улучшилось. В ноябре 2007 года больная в зеркале увидела, как из глаз “сыплются искринки”, и появились гнойные выделения из обоих глаз. Обратилась по этому поводу к офтальмологу, прошла курс лечения с положительным результатом. Но через некоторое время это вновь появилось. Посчитала, что на нее опять стали оказывать воздействие. Пришла к выводу, что медицина ей не сможет помочь и обратилась за помощью к ясновидящей. Прошла несколько сеансов, целью которых было снять “отрицательную энергетику и воздействие”. Вскоре заметила, что за ней следят непонятные люди, которые подъезжают к дому ясновидящей на разных машинах. Поняла это потому, что, когда выходила от нее, видела стоящие около дома машины, которые мигали фарами. Реши-



ла, что из-за нее ясновидающая может пострадать и прекратила к ней приходить. Об этом никому не рассказывала. Пришла к выводу, что на нее оказывается воздействие внешним излучением. Помимо слезотечения, болезненности глаз, ощущения тепла и сухости на коже появились, странные пятна на груди и спине. Чувствовала, что в квартире возникло сильное магнитное поле, что она стала вся “наэлектризованная”. Обратила внимание на то, что начало меняться ее лицо — выпадали зубы, несколько деформировалась нижняя челюсть, изменились ушные раковины, которые стали более жесткими. Ощущала также давление на мочевой пузырь, в результате чего было учащенное мочеиспускание, стали беспокоить запоры. Испытывала неопределенные боли в эпигастральной области. Считала, что она отрицательно воздействует на соседей, что они стали более напряженными при общении с ней. За декабрь похудела на 10 кг, практически перестала спать. По ночам было нечем дышать, открывала окна и двери, выходила на лестничную площадку. Видела, как от ее прикосновений и от ее глаз бумага становилась “жесткой”, записная книжка, которой она пользовалась постоянно, “искорежилась”. За четыре дня до госпитализации почувствовала запах газа от плиты, перестала ею пользоваться, питалась у соседки. 09.01.2008 г. ночью почувствовала боль в эпигастральной области, сильную изжогу, во рту появилась “пена”, привкус горечи. Испугалась и самостоятельно вызвала скорую помощь. Была осмотрена дежурным психиатром и направлена на стационарное лечение в ПБ № 3.

**Соматический статус.** Правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. На коже туловища, руках и ногах пигментные пятна. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 68 уд/мин, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не пальпируются.

**Заключение терапевта.** Атеросклероз аорты. Атеросклеротический кардиосклероз. Желчнокаменная болезнь, мелкие конкременты желчного пузыря. Хронический панкреатит, ремиссия. Эмфизема легких. Пневмосклероз.

**УЗИ.** Невыраженные диффузные изменения печени. Признаки хронического калькулезного холецистита и хронического панкреатита.

**Рентгеноскопия желудка.** Патологических изменений в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке не выявлено.

**Неврологический статус.** Зрачки равновеликие с реакцией на свет, нистагма нет. Асимметрия носогубных складок. Девиации языка нет. В позе Ромберга

устойчива. Интенция при пальценосовой пробе. Намок на симптомы орального автоматизма. Удерживает руки в пробе Барре: пареза в конечностях нет. Мышечный тонус без изменения. Сухожильные рефлексы равновеликие, без патологических знаков. Заключение: в статусе отчетливой очаговой патологии нет.

**Психический статус.** В кабинет вошла спокойно. Напряжена, суетлива. Охотно вступает в беседу. Многоречива. Голос громкий. Отвечает часто не в плане вопроса, перескакивает с одной темы на другую. Раздражительна. Понимает, что находится в психиатрической больнице, правильно называет фамилию, имя, отчество, возраст, текущую дату. Анамнестические сведения о себе излагает крайне непоследовательно, путается в датах. Сообщает, что на нее оказывается воздействие извне, что она ощущает слезливость и болезненность глаз, что на коже появляются пятна, что она вся наэлектризованная, от сильного магнитного поля в квартире, что от ее прикосновения бумага становится жесткой. Дотрагивается до бумаги на столе и уверяет врача, что она сразу же стала жесткой. Поэтому просит его убрать бумагу со стола, закрыть шкаф с историями болезни. Считает, что она отрицательно воздействует на окружающих ее людей. Говорит, что у врача сейчас начнут болеть глаза. Жалуется на периодически возникающие неприятные ощущения в эпигастральной области, изжогу, пену во рту, привкус горечи. Считает, что ее организм отравлен. Уверяет, что у нее меняется лицо: выпадают зубы, деформируется нижняя челюсть, ушные раковины стали жесткими. Сообщает, что в приемном отделении люди странно на нее смотрели, считает, что они что-то про нее знают. Уверена в том, что подвергается воздействию из-за того, что кто-то хочет завладеть квартирой. Подробно рассказывает обо всем, что с ней происходило. Заявляет, что не может находиться в данной больнице, так как она может навредить окружающим ее людям. Считает, что ее необходимо изолировать, что ее должны обследовать химики и радиологи. Разубеждению не поддается, раздражается, повышает голос. Память и интеллект снижены. Мышление нецеленаправленное, непоследовательное. Критики к своему состоянию нет.

В отделении основную часть времени проводит в пределах палаты. С больными и медперсоналом общается только при необходимости. Напряжена, подозрительна. Постоянно повторяет, что она отравлена, что она воздействует на клеенку на матрасе, поэтому она чувствует запах резины в носу и во рту, она задыхается и требует немедленно снять матрас. Ощущает на себе воздействие в виде тепла на коже, покалываний в ногах. Уверяет, что ее лицо изменилось, а на предположение, что пигментные пятна и сухость кожи связаны с возрастными изменениями, слезотечение и болезненность глаз — с глаукомой (в анамнезе), становится раздражительной, напряженной, по-

вышает голос, заявляет, что у ее подруг такого нет. В последующем сообщила, что в отделении за ней наблюдают люди, которые оказывают на нее воздействие, что где-то установлена видекамера и возможно жизнь отделения транслируется по телевизору. Считает, что возможно в отделении ведется “игра”: она понимает это по поведению больных, которые демонстративно не разговаривают с ней. Говорит об этом неохотно, уверена, что доктор сама все знает. По-прежнему считает, что ее необходимо изолировать. Предполагает, что смерть ее матери связана со сменой лечащего врача, якобы из-за его болезни. Новый врач отменил предыдущие назначения, и в результате мать скончалась. Предыдущий врач умер, но как предполагает больная, это косвенно связано со смертью ее матери.

С первых же дней пребывания в больнице было назначено следующее лечение: в/в капельно галоперидол 10 мг в 400,0 мл физ. раствора, циклодол 6 мг/сутки, аминазин 25 мг внутрь на ночь, витамины В1 и В6 по 3,0 мл в/м. Существенных изменений в состоянии больной пока не произошло. Аппетит понижен. Сон достаточный. Стала несколько спокойнее, сказала что “внутреннее напряжение” уменьшилось. Лечение принимает без принуждения.

#### Вопросы к врачу докладчику.

**Ведущий:** Я правильно понял из анамнеза, что первая встреча с психиатром у пациентки была в январе 2007 года, когда она была госпитализирована в ПБ № 4? — Да. — Выписка из истории болезни получена? — Нет еще. — Чем ее там лечили, известно? — Неизвестно. Ни она, ни сестра не знают. — И поддерживающего лечения она не принимала? — Нет. — Гипертонической болезни у нее нет? — Нет.

**Присутствующий врач:** Из первого приступа она вышла практически спонтанно? — Она лечилась. И насколько я поняла, лечилась от депрессивного состояния. — Но она не вышла из приступа? — Она сказала, что у нее ушло ощущение тепла, и воздействия. Ничего этого она не испытывала до ноября.

**Заключение психолога М. Ю. Цветкова.** Обследование от 16.01.2008 г. Больная полностью ориентирована, в контакте адекватна, доброжелательна, на вопросы отвечает по существу. К обследованию мотивация достаточная. Выполнение заданий характеризуется выраженной нерешительностью, неспособностью выбрать один из нескольких вариантов ответа. К концу обследования утомляется.

По объективным данным. Несколько затруднена концентрация внимания. Память в пределах нормы, обследуемая воспроизводит 5 – 8 – 10 – 10 слов из 10, реминисценция — 8 слов. Опосредование процесса запоминания недоступно из-за мотивационного нарушения. Например, при запоминании словосочетания “веселый праздник” обследуемая говорит: “Праздник — это песни, танцы, демонстрация, флаги, праздничный пирог. Не знаю, что из этого нужно нарисовать”.

И дальше отказывается рисовать. Интеллектуальная сфера характеризуется низкой продуктивностью, расплывчатостью, разноплановостью мышления. Категориальный способ решения мыслительных задач доступен и используется. Переносный смысл пословиц объясняет правильно. Эмоционально-личностная сфера характеризуется эмоциональным уплощением, снижением направляющей функции мотивов, высоким уровнем тревоги, потребностью в поддержке и понимании. Актуальное состояние характеризуется сниженным фоном настроения.

Таким образом, по результатам психологического обследования на первый план выступают специфические процессуальные нарушения мышления (расплывчатость, разноплановость) и эмоционально-личностной сферы (эмоциональное уплощение, мотивационные искажения).

### БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Больная входит в аудиторию осторожно, мимика напряженная, смотрит только перед собой.

**Ведущий:** Здравствуйте! Проходите сюда, пожалуйста. Присаживайтесь. Как Ваше здоровье сейчас? — Я плохо себя в данный момент чувствую, голова кружится. — А еще что? — Такое состояние нездоровое. — Общее? — Да. — Что-нибудь болит? — Голова болит. — В каком месте болит? — Затылок. Наверное, давление поднялось. — Какое у Вас обычно давление? — Если хорошее давление, то 120 × 80, 110 × 70. — Это у Вас постоянное давление? — Да. — А бывает? — А бывает, что повышается давление. — А цифры какие? — 150 × 80. — Вы чувствуете, когда повышается давление? — Чувствую. — Как Вы это ощущаете? — Ощущаю головную боль. — В затылке? — Да. — А еще что, головокружение? — Голова периодически кружится. — Кружатся предметы? — Просто такое общее состояние неуверенности. — Что Вы делаете тогда? — Пью капотен. — И когда все проходит? — Не сразу, но через какое-то время начинается спад и давление нормализуется. — У Вас в 2004 году подозревали нарушение мозгового кровообращения. — Я прошла курс лечения, и все восстановилось. — А почему такой диагноз был? — У меня просто стресс был. Потому что у меня муж пять лет лежал парализованный, и я за ним ухаживала. Никто не помогал, все это на моих плечах было. Вот это и сказалось. — Да, это тяжело, конечно. А в чем проявлялась Ваша болезнь? — Голова начинала болеть. — А к психиатрам Вы обращались ведь не потому, что у Вас давление поднималось? — Провериться просто, я же никогда не была у такого врача. — А что надо было проверять? — Свое состояние, у меня бессонница началась. — Вы ведь считали, что в Вашем плохом состоянии кто-то виновен? — Я не могу сказать, что кто-то виновен, но какое-то воздействие на меня происходило. — С какой целью? — Я не



могу сказать. — Но Вы же думали об этом? — *Предположение было. Я уже говорила об этом.* — Скажите нам, особого секрета же нет. (Больная напряженно молчит, не смотрит на врача, только перед собой). Вы не хотите на эту тему говорить? Вы боитесь? — *Я не боюсь, я просто устала от всего этого.* — А что, воздействие продолжается? — *В данный момент нет.* — А в отделении? — *Состояние разное было.* — Когда Вы поступили, Вам было плохо? — *Да, потом стало лучше.* — В чем лучше? — *Курс лечения же проводят.* — Это понятно, а что стало лучше? — *Общее состояние.* — Вы бодрее стали? — *Да.* — Активнее? — *Я не могу сказать, что я была активная, но то лечение, которое назначено врачом, мне очень помогает. Проходила головная боль, общее состояние улучшалось, очень помогали капельницы.* — Когда Вы сюда поступили, у Вас сон был плохой? — *Да.* — На душе было тревожно? — *Я не знаю, подходит ли это слово.* — Страх? — *Не было у меня страха. Тревога, наверное, была.* — Потом, по мере лечения, тревога стала уходить? — *Да.* — Мысли стали спокойнее? — *Да. Единственное, что меня беспокоит, иногда голова кружится.* — Вы ведь немного настороженно относились к окружающим Вас людям в отделении. — *У меня добрые отношения с врачами.* — А с больными? — *Больные ко мне тоже хорошо относятся.* — С самого начала? — *Я как-то на этом не заикливалась.* — Но Вы побаивались, думали, что они что-то замышляют? — *Нет, я не боялась ни комиссий, ничего, мне заранее было сказано.* — Вы ведь еще в больнице Ганнушкина лежали? — *Да.* — Что тогда с Вами было? — *У меня тоже была бессонница.* — А настроение какое было? — *Тогда все было иначе, и настроение было нормальное. Приняв курс лечения, я чувствовала себя совершенно здоровым человеком.* — Вы не помните, какие лекарства Вам там давали? — *Я не могу сказать, потому что я никогда не проявляла интерес к этому.* — Вам рекомендовали их принимать после выписки? — *Рекомендовали, но, поскольку я себя чувствовала хорошо, то я не принимала лекарства.* — Вы тогда ведь считали, что у Вас было какое-то воздействие на кожу? — *Нет, я там ничего не считала.* — Пятна какие-то были на коже? — *И пятен никаких не было. У меня даже разговоров с врачом на эту тему не было.* — А почему же Вы тогда лежали в больнице? — *Я же сказала, что было нарушение сна.* — Только нарушение сна? — *Да.* — А депрессия была? — *Депрессии у меня не было никакой.* — Вы знаете, что такое депрессия? — *Знаю.* — Что это? — *Ну, Вы же знаете.* — Пониженное настроение, чувство тоски, тревоги. У Вас это было, когда Вы лежали в больнице им. Ганнушкина? — *Нет. У меня было спокойное отношение и с больными, и с врачами, и с медсестрами.* — То есть все было замечательно? — *Если бы все было замечательно, я бы не легла в больницу.* — Вот это меня и удивляет... — *Потому что у меня сон нарушается.* — Как он у Вас нарушался? — *Были*

*моменты, когда я не спала совсем.* — Все же Вы высказывали предположения о том, что против Вас что-то затевается, и здоровье Ваше не просто так пошатнулось, а что в этом виноваты некие люди? — *Не знаю, это предположение только.* — Но Вы можете что-нибудь об этом рассказать? — *Нет, не могу.* — Тогда другой вопрос. Вы говорили, что у Вас появились такие особые качества, например, посмотрите на бумагу, и она становится ломкой. — *Это появилось буквально после Нового года.* — Сейчас это у Вас есть? — *Но я же не пользуюсь бумагой.* — Это что, некая экстрасенсорика? — *У меня этого нет.* — Но Вы смотрели на бумагу, и она становилась ломкой? — *Не ломкой, а какой-то не мягкой.* — А что происходило? — *Я даже не могу объяснить.* — У Вас появились какие-то особые способности? — *Не знаю, я ничего не могу сказать.* — А почему Вы не хотите с нами разговаривать о своем состоянии? — *Для меня это все непривычно, такая аудитория сидит.* — Здесь же все доктора. Вы нас о чем-нибудь хотите спросить? — *Какое Ваше мнение в данный момент обо мне?* — Вы же ничего не рассказываете. Сидит рядом со мной пожилая дама, на все вопросы отвечает уклончиво, говорит только о том, что у нее иногда кружится и побаливает голова в затылке. А почему она находится в психиатрической больнице, непонятно. — *Я не знаю, когда пришла “скорая”, я все ей объяснила.* — Кто вызвал “скорую”? — *Я вызвала “скорую”, потому что плохо себя чувствовала.* — “Скорая” обыкновенная? — *Да, а после беседы они вызвали другую “скорую”, которая поместила меня в эту больницу.* — Это и удивительно, почему же в эту больницу? Давайте это обсудим. — *Я не хочу это обсуждать.* — Тогда почему Вы спрашиваете, какое у меня мнение о Вашем здоровье? — *Внешне.* — Вы говорите, что Вас привезла “скорая”, значит, у Вас было необычное состояние нервной системы? — *Почему? Я вызывала “скорую”, когда с сердцем было плохо.* — Но тогда не везут в психиатрическую больницу. Наверное, врачи решили, что Вам нужно лечить нервы? — *Да.* — Так что же случилось у Вас с нервами такое, что Вас привезли в больницу, и Вы находитесь не в санаторном отделении? — *У меня муж умер в августе.* — Это причина. Был плохой сон? — *Да. Нарушение сна было.* — Вы плохо засыпали? — *Да.* — Просыпались? — *Да.* — Вы вообще не спали? — *Был момент, что я вообще не спала.* — Что Вы делали, когда вообще не спали? — *Пила корвалол.* — Было беспокойно на душе, Вы металась по квартире? — *У меня было такое состояние, что не хватало воздуха, я открывала окно и проветривала комнату.* — Вы не возражали, когда Вас повезли в психиатрическую больницу? — *Так решила “скорая”, которая приехала.* — Но ведь Вы же не возражали? — *Когда приехала “скорая”, я даже не знала, что еду в психиатрическую больницу. Я просто говорила, что мне надо нервы подлечить, а врач “скорой” говорит, что там все есть.* — Вам здесь нервную си-

стему и лечили. Вы говорили, что все невзгоды, которые у Вас были в последнее время, произошли по чьей-то злой воле. Интересно было бы разобраться в этом. — *Мне очень трудно это объяснить. Ведь от меня лично это не исходило. Если было такое состояние, значит, было какое-то воздействие.* — Если мы в этом не разберемся, то не сможем Вас заблокировать от этого воздействия. Мы ведь можем заблокировать это воздействие, и у Вас все будет хорошо. А если мы этого не сделаем, то Вы после выписки можете опять подвергнуться воздействию. Вы об этом не думали? — *Я думала. Когда я первый раз легла в больницу, это было мое собственное желание. Потому что у меня муж лежал парализованный, и мне приходилось за ним постоянно ухаживать, нервная система истощилась.* — Мы сможем заблокировать Вашу нервную систему от постороннего воздействия, но если будем знать, что произошло. — *Я уже сказала, что в квартире у меня было воздействие такое, тепловое.* — Что такое тепловое воздействие? — *Воздействие на тело.* — Это луч воздействовал? — *Я в этом некомпетентна.* — Вы искали приборы, через которые на Вас воздействовали? — *Мне это в голову не приходило.* — Но это воздействие должно было откуда-то исходить? — *Наверное.* — Вы искали источник его? — *Не искала.* — Что еще кроме теплового воздействия Вы замечали? — *Боли в желудке были.* — Это было только внутри квартиры? — *Да.* — А если Вы выходили из квартиры, тепловое воздействие прекращалось? — *Да.* — Сразу же? — *Да.* — Вы чувствовали, например, что газом пахнет? — *Все нормально было, и вдруг запахло газом.* — При этом все краны были закрыты? — *Да.* — Откуда мог поступать газ? — *Газом начинало пахнуть, когда я зажигала конфорку, но раньше я этого не чувствовала.* — Может быть, у Вас просто обострилось обоняние? — *Нет, это все началось с декабря месяца. Я вызвала врача-терапевта на дом.* — А Вы в милицию не обращались? — *Обращалась.* — И что Вам там сказали? — *Должен был прийти участковый. Я сказала, что на кухне появился шинный запах. Я поменяла сифон на кухне, где мойка.* — А запах оттуда шел? — *Да.* — Когда выходили из квартиры, то замки запирали хорошо? — *Да.* — А не замечали, что у Вас пропадали или портились вещи? — *У меня в голове таких мыслей даже не было.* — Что сказал участковый? — *Он сказал, что поговорит с техником-смотрителем, что плиту переставят, но ничего сделано не было.* — Вы были разочарованы? — *Нет, я просто сделала вывод, что обращаться туда не стоило. Это не только мое мнение, но и других соседей.* — Вы с ними советовались? — *У них тоже был, например, запах бензина в ванной и на кухне. Они обращались даже к заместителю депутата.* — У них тоже были воздействия на тело? — *Не знаю. Я это ни с кем не обсуждала.* — Боялись? — *Не боялась, а просто отбрасывала все это.* — Вы не хотели разговаривать на эти темы? — *Вооб-*

*ще не обсуждала это ни с кем, даже с родственниками, они вообще не в курсе.* — Вы живете замкнуто? — *Такая жизнь у меня началась в декабре месяце. А вообще я по натуре человек очень жизнерадостный, веселый.* — Когда Вы в больницу им. Ганнушкина ложились, тоже были общительной, веселой? — *Да, я была веселой, но поскольку, я почувствовала, что со сном стало плохо, я решила, что нужно лечь подлечиться. Мне там давление нормализовали, у меня было очень низкое давление. Я вышла совершенно здоровым человеком.* — И до декабря все было идеально? — *Было все нормально, я везде ходила, ездила.* — Куда Вы ездили? — *К родственникам.* — В Москве? — *Да. Потом у меня было лечение у частного врача.* — А что Вы у него лечили? — *Нервную систему. Потом у меня глаза были наэлектризованы, она мне снимала это все.* — Но это не доктор, это ясновидящая? — *Она и врач и ясновидящая. Она вообще врач с образованием.* — Но она не лекарствами, она какими-то пассами лечит? — *Вы же знаете, как это делается. Врачам же это известно.* — Я знаю, но это не медицинское воздействие, это в медицину не входит. Врач давала Вам лекарства? — *Нет, она давала мне зарядженную воду.* — Это как Алан Чумак, который по телевизору заряжал воду? — *У нее немного все по-другому. У нее как профилакторий квартира обставлена.* — Свечи горят? — *Свечка у нее горит.* — Она про Вас все узнала? — *Я сама ей все рассказала. Но поскольку у меня лечение пошло насмарку в декабре...* — Почему? — *Из-за воздействия. Я отказалась дальше от лечения.* — Почему же ясновидящая не заблокировала Вас от этого воздействия? — *Она об этом узнала, когда я уже отказалась от лечения. Меня прослеживали, когда я к ней ходила.* — Да, Вы это рассказывали лечащему врачу. — *Появились вдруг две машины у подъезда. Первый раз я не придала этому значения, а второй раз выходила, опять было две машины. Как только я выходила, зажигались фары.* — Они кому-то сигнал давали? — *Не знаю.* — За Вами ходили, наблюдали? — *Я такого не видела. Совпадение получилось только на втором приходе к ясновидящей, и я решила не подвергать ее опасности. К тому же правый глаз у меня прошел, была нормальная реакция на свет. Оставалось немножко долечить левый глаз.* — Вы думали о том, кому Вы нужны? — *Значит, оказалась нужна.* — Но зачем? — *Наверное, потому что обратилась в милицию.* — Но ведь это началось еще до того, как Вы обратились в милицию? — *Я дважды к ним обращалась.* — Вы представляете, сколько народу нужно задействовать, чтобы вредить одинокой пожилой женщине? — *Я задумывалась над этим.* — Ну, и какой смысл? — *Как я могу это решать? Значит, есть кому-то смысл в этом.* — Вы телевизор смотрите? — *Он у меня сломан. Приемник слушаю.* — Какие радиостанции Вы слушаете? — *“Эхо Москвы”.* — А Вы не боитесь, что выйдете из больницы, и начнется то же самое? — *Если бы знал, где упал, то со-*

ломку бы подстелил. — Так как же от этого всего избавиться? — Я бы рада от этого избавиться. Я же попробовала избавиться, но мне не дали дальше. — Вы милицию имеете в виду? — Причем тут милиция, врач, к которой я обращалась. В милицию бесполезно было обращаться. Мне соседи потом сказали, что ни я одна в милицию обращалась. — Я о другом. Какие-то люди, которые плохо к Вам относятся, избрали для чего-то Вас. — Я тогда буду думать, что нужно делать. — А что Вы можете сделать? — Не знаю. — Здесь они Вас достают? — Здесь тоже иногда бывает такое воздействие. — Как они здесь могут оказаться? — Ну, ведь какое-то идет воздействие. — Через что? — Я не могу сказать. — Когда Вы это ощущали последний раз? — Дня два тому назад. — Днем? — Ночью. — Вы проснулись? — Я просто не спала. — Это было знакомое Вам воздействие? — Да. — На какую часть тела? — На суставы в основном. — Болели? — Нагрелись. — Вы встали? — Да. — Ноги действовали? — Да. — Голова кружилась? — Плохо себя чувствовала и голова закружилась. — А когда исчезло воздействие? — Вчера. Сегодня я этого не ощущала. — Сколько длилось это воздействие? — Я не могу это сказать, я не заикливаюсь на этом. — После этого больше ничего не замечали? — Пока нет. Сон все равно у меня плохой. — В каком смысле? — Просыпаюсь, в туалет бегаю. — Когда Вы почувствовали тепло на суставах, что-нибудь еще заметили вокруг себя подозрительного? — Нет. — Может быть, какие-нибудь разговоры шли? — Люди в палате все время разговаривают. — Ночью? — И ночью тоже. — Про Вас ничего не говорили? — Ничего. — Вы слышали какие-нибудь слова в свой адрес за спиной? — Я не ощущаю этого. — А перед поступлением в больницу, на улице, например? — Нет, не помню. — Какие вопросы у врачей?

— Я понимаю, что Вам сейчас трудно говорить об этом воздействии. Оно усиливается, когда Вы о нем кому-то говорите? — Я никому ни говорю об этом, все это во мне. — А когда Вы пожаловались в милицию? — Я пожаловалась на то, что появился запах. — После этого, воздействие усилилось? — Нет, наоборот, исчезло. Сейчас я его не чувствую. — Эти внешние силы плохо относятся к тому, что Вы об этом рассказываете? — Тот запах, который у меня присутствовал, он и в других квартирах был. — К нему внешние силы не имеют отношения? — Нет. — Вам не хочется говорить об этом воздействии? — О плохом говорить не хочется. — А почему? Опасаетесь? — То, что я говорила про запахи, было и у других людей. У нас дорога рядом с домом проходит, естественно, спускается горючее. — Значит, к этим запахам воздействие не имеет отношения? — Это было и в других квартирах. — А нагревание суставов? — Я не могу объяснить это явление. — Но это связано с воздействием? — Какое-то воздействие идет периодически. — От кого, откуда? — Я не знаю. — Вы про-

сто не хотите об этом рассказывать? — Не хочу, я уже все врачу рассказала. — Вы не хотите об этом говорить, чтобы не было хуже? — О плохом говорить не хочется. — Вы понимаете, что постепенно это пройдет? — Меня так убедили врачи.

— Скажите, пожалуйста, кроме неприятных ощущений, Вы не испытываете какого-то контроля над Вашими движениями, мыслями? — Нет. — Они только неприятные ощущения вызывают у Вас? — Нет, я сейчас совершенно спокойна. — Вы предполагали, что Вашу квартиру хотят захватить: муж болен, Вас сделают инвалидом? — Было такое предположение. — Может быть, в этом вся причина? — Нет. — Вы сейчас от беседы не устали? — Нет. — Как Вы считаете, те, кто на Вас воздействовали, слышат сейчас нашу беседу? — Мне трудно сказать. — А как Вы думаете? — Я никак не думаю. — То есть Вас это не волнует? — Я об этом даже не подумала.

— Я правильно понял, что 26 лет тому назад у Вас умерла мама? — Да. У нее ожог получился. — Вы долго переживали? — Всю жизнь. — Изменились по характеру? — Да нет, время лечит. — Вы до декабря оставались такой же энергичной, жизнерадостной, общительной? — Да. Я 50 лет отработала в энергосистеме. — Вы ведь участвовали в самодеятельности? — Я в хоре пела. — Когда Вы выздоровеете, увлечения восстановятся? — Надеюсь.

— Вы были такой активной, жизнерадостной, правдолюбом? — У меня дом всегда был хлебосольный, и весь отдел собирался у меня. Мы отмечали праздники. Я занималась общественной работой, организовывала походы в театр, экскурсии по Москве. — Если Вы где-то видели несправедливость, Вы всегда вмешивались? — Да. Я была активным человеком. В коллективе меня очень любили, я всегда шла навстречу людям, помогала. Меня в коллективе звали “скорая помощь”, потому что, когда кто-то попадал в больницу, я всегда навещала. — Я еще хотел по поводу воздействия... — Я уже сказала, зачем повторяться. — Вы говорили о воздействии на себя. Но Вы сказали доктору, что и сами можете как-то воздействовать на других людей, что последнее время у Вас какой-то дар открылся? — Я не знаю. — Так же как на Вас кто-то воздействует, так и Вы сами можете воздействовать на других людей? — У меня такое ощущение. — Такое ощущение, что тоже можете? — Да. — Как Вы это замечаете? Люди как-то меняются, говорят Вам об этом? — Я не слышала. — А по каким признакам Вы замечаете, что Ваше воздействие оказывает влияние на человека? — Это предположение. — Оно на чем-то основано? — Я не знаю, что сказать на это. — Но ощущение такое есть? — Да. — Вы говорили, что изменилось Ваше лицо, внутренние органы в результате этого воздействия. — УЗИ показало, что все нормально. — А когда в зеркало смотрите, есть ощущение, что Вы каким-то образом внешне изменились? — Мне трудно говорить об этом. —



Может быть, морщин больше стало, глаза другое выражение приобрели? — *Что-то такое есть, может быть.*

**Ведущий.** Сейчас, после того, как мы с Вами поговорили, многое прояснилось. Мы Вас подлечим, у Вас наладится сон, будет хорошее настроение. Я Вам хочу посоветовать не прекращать прием лекарств, когда выпишитесь из больницы, и принимать их под контролем врачей. Ваш организм окрепнет, и никаких воздействий со стороны не будет. Жизнь станет спокойной. Спасибо Вам за беседу. До свидания!

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Врач-докладчик.** До болезни наша больная была активной, общительной, любила быть в центре внимания, принимала участие в общественной жизни. Мы считаем, что заболевание началось осенью 2006 года (больной — 71 год), когда на фоне переутомления нарушился сон, появилось ощущение тепла на коже и мысли об оказываемом на нее воздействии. После лечения в больнице им. Ганнушкина наступила кратковременная ремиссия. В ноябре 2007 года возник второй психотический эпизод.

В настоящее время психическое состояние больной определяется острым чувственным бредом в виде синдрома инсценировки (в отделении ведется “игра”, она понимает это по поведению больных, которые либо не разговаривают с ней, либо ведут себя неадекватно), а также бредом преследования и воздействия. Преобладают сенсорные автоматизмы в виде тепла на коже, покалывания в ногах, боли в эпигастральной области, горечи во рту и пр. Имеют место также нарушения мышления в виде расплывчатости, разноплановости и эмоциональное уплощение.

Таким образом, больная страдает приступообразно-прогредиентной шизофренией.

В качестве дифференциального диагноза можно говорить об органическом бредовом, шизофреноподобном расстройстве, которое редуцируется вслед за устранением основного заболевания.

**Ведущий.** *А какое основное заболевание? — Какое-то повреждение головного мозга. — Что значит, какое-то: сосудистого, травматического генеза? — Сосудистого. — То есть некое органическое заболевание ЦНС с бредовым синдромом? — Да. — Но Вы с этим согласны? — Нет. — А как будете лечить больную? — Я планирую перевод на атипичные нейролептики. — На какие? — На сероквель. — Давайте обсудим, почему больную надо переводить с галоперидола на сероквель. — Он лучше переносится. — Она плохо переносит галоперидол? — У нее тремор начинается. — Вы видите, у нее тремор? Мы с ней довольно долго беседовали. Акатизии и тасикинезии, размашистого тремора, выраженного паркинсонизма мы у нее не увидели. Дело в том, что нейролептики, которые вводятся внутривенно, переносятся легче. Но антипси-*

*хотическое действие галоперидола и сероквеля в данном случае будут равноценны? — Трудно сказать. — Вы хотите назначить ей сероквель из-за того, что у него меньше побочных явлений? — Да. — На каких препаратах Вы планируете ее выписывать? — Об этом еще рано говорить. Посмотрим, что они дадут, и как она будет их переносить. Может быть, ей сероквель не подойдет. — А сероквель ей будут давать в диспансере бесплатно? Ведь ее ожидает многолетнее непрерывное лечение, об этом надо думать тоже. Спасибо.*

**Ю. Л. Мартынюк.** Диагноз сомнений у меня не вызывает. Учитывая возраст пациентки, я бы диагностировал органическое бредовое шизофреноподобное расстройство. Больная сама четко подтверждала, что первая госпитализация была с головокружением, с пониженным давлением, здесь у нее повышенное давление. По поводу лечения. Непонятно отсутствие ноотропной терапии. Я изначально лечил бы ее атипичным антипсихотиком, например, рисполептом, начиная с 4 мг, по 2 мг утром и вечером. Потом можно было бы перейти на рисполепт-конста, с дозировкой 25 мг. Нужно провести ноотропную терапию. Улучшится состояние сосудов головного мозга, и произойдет редукция ее бредовых расстройств.

**А. Г. Меркин.** Согласен с врачом-докладчиком в отношении нозологии. Состояние пациентки мне представляется скорее подострым, потому что выраженного аффективно-бредового состояния мы не наблюдаем. В отношении психоорганического синдрома. По-моему его нет. Органика — это интеллектуальное, мнестическое снижение, аффективная лабильность. Где здесь это все? В таком возрасте определенные атеросклеротические нарушения имеются, но выраженных мы не наблюдаем. По всей видимости, они маскируются эндогенным процессом. Говорить о том, что расстройства шизофренического спектра, которые мы видим, симптомами первого ранга по Курту Шнайдеру основаны на органическом заболевании тем более невозможно. Соответственно, предлагать для лечения этого заболевания ноотропы не совсем корректно. Потому что мы можем обострить психоз. Еще по поводу лечения. Назначили галоперидол, помогает галоперидол и слава Богу! Лучшее враг хорошего. В пожилом возрасте галоперидол является препаратом выбора. Пусть его и дальше получает.

**А. В. Павличенко.** Если говорить о синдроме, то это бредовый синдром. Назвать его аффективно-бредовым нельзя. Никакого депрессивного аффекта, растерянности не прозвучало ни здесь, ни при поступлении. Это текущий бредовый синдром, нет послабления симптоматики. Поведение больной во время беседы об этом говорит. Вначале она закрылась, и казалось, что не будет говорить. Потом удалось ее “растормозить”, но все равно она остается малодоступной. В чем особенность ее симптоматики? Это, конечно, возраст, который накладывает патопластику на

галлюцинаторно-бредовое состояние. Если вспомнить клинику инволюционного параноида, то здесь многое от него. Развился в квартире. Большое место занимают галлюцинаторные расстройства, в частности истинные галлюцинации. Она говорит о шинном запахе, который идет от трубы, а этот запах имеется только в ее квартире. Воздействия, которые она ощущает, тоже были вначале только в ее квартире. Если бы не некоторые особенности, мы могли бы остановиться на инволюционном параноиде. Что заставляет думать о том, что это есть процесс, что это шизофрения? Конечно, это расширение симптоматики, идеи отношения, воздействия и вне пределов ее квартиры. Это остается и в больнице. Интересно, что имеется воздействие самой больной на других людей. Все эти симптомы говорят о том, что это не классический инволюционный параноид, где симптоматика достаточно конкретная: в квартире, вовлечены соседи, родственники. Это приступ или непрерывный процесс? Мне представляется, что это непрерывный процесс. Параноидная шизофрения. Галлюцинаторно-бредовой синдром и синдром Кандинского. Заболевание дебютировало у личности активной, стеничной, возможно с паранойяльными чертами. Это характерно и для инволюционного параноида, и для параноидной шизофрении. Я думаю, что процесс начался в 2006 году с сенестопатических автоматизмов. Возможно, для дебюта сыграли такие факторы, как астенция на фоне перенесенного ранее инсульта. Была ли ремиссия? Думаю, нет. О возрасте дебюта. Даже в МКБ-10 говорится, что шизофрения может дебютировать в любом возрасте. Если все же попытаться провести дифференциацию с органическим психозом, то надо опереться на один из критериев, определенных Куртом Шнайдером: причинно-следственные взаимоотношения. Он говорил, что должна быть прямая связь между соматическим заболеванием и бредовым состоянием. Т.е. связь между текущим органическим и бредовым заболеванием. Какая здесь прослеживается причинно-следственная связь? Инсульт в 2004 году, а развитие бредовых переживаний в 2006. Объясняет ли прежнее сосудистое расстройство эти бредовые переживания? Здесь не прослеживается такой закономерности.

Мне кажется, что нет больших сомнений в эффективности галоперидола. Галоперидол — это самый мощный дофаминоблокатор, воздействующий на психотическую симптоматику. Все препараты: сероквель, rispoleпт, только сравниваются с ним. У врачей-практиков большие сомнения в равной антибредовой эффективности галоперидола и того же сероквеля. Я думаю, стоит перейти на пролонги, например, галоперидол-деканоат. Правда у меня есть сомнения в том, что она будет принимать это после выписки из больницы.

**И. П. Лещинская.** Я согласна, что это галлюцинаторно-бредовый синдром. Есть особая роль сене-

стопатий, которые первично возникли, а потом подверглись интерпретации. Может быть, они как раз и являются проявлениями возрастного сосудистого процесса. Обычно описывается то, что с возрастом такие ощущения ярки и преобладают при всех возрастных психозах. Других автоматизмов у нее никаких нет. Как она сама говорит: “Тут давит, так это сердечное, а другие ощущения — это воздействие”. Она идет от ощущений. Не от ситуации, а от бредовой трактовки ощущений. Возможно, в этом сказывается некоторое интеллектуальное снижение. До конца осмыслить и развить бредовую систему она не может. Создается впечатление, что по ее мнению какие-то ее предположения могут быть не поняты другими, и она их скрывает. Следующий момент. Она считает себя значительной личностью. Ее переживания, воздействия на нее, не вызывают никакой депрессии. Они вызывают у нее неприятное состояние, но все равно она — человек достойный, хороший, веселый, общительный, активный. То есть, здесь есть диссонанс между переживаниями, которые должны бы вызывать депрессию, и ее настроением. Это тоже, мне кажется, за счет органического сосудистого процесса, который маскируется эндогенным заболеванием. Форма течения? — Трудно представить, что в таком возрасте будет шубообразное течение. Но и о непрерывном тоже сказать пока трудно. Посмотрим.

**Ведущий.** *Но клиника приступа у нее ведь не было.* — А Нелли Сергеевна говорит, что когда она поступила, то была в острейшем состоянии. Пусть Нелли Сергеевна расскажет.

**Н. С. Крылова (зав. отделением).** Это два разных человека, когда она сейчас перед нами сидела, и при поступлении. Поступила охваченной переживаниями, жестикулировала, закрывала глаза, требовала, чтобы мы закрыли глаза, иначе у нас могут возникнуть воспаления глаз.

**Ведущий.** *Это же могло быть острым бредовым состоянием, а не аффективно-бредовым приступом?* — Состояние было очень острым. Она была тревожна. Когда вошла в отделение, стала говорить, что вокруг нее что-то происходит, требовала помещения ее в отдельную палату, чтобы окружающие не пострадали от ее воздействия. Во время беседы речь была путанной, сбивчивой. Анамнез невозможно было собрать. И уже на третий день, по мере лечения каплевыми она стала спокойнее, сдержаннее, такой, какой мы ее сейчас и видим.

**Ведущий.** *Это был все-таки аффект страха?* — Страх, тревоги, и боязнь того, что от нее пострадают окружающие. — *А не растерянность, аффект недоумения?* — Нет, недоумения не было.

**И. П. Лещинская.** Может быть, за счет возраста это и не могло достичь развернутого синдрома, потому что возможности мозга становятся ограниченными. Все же здесь есть органический фон, чисто интеллектуальный. Нет истощаемости, эмоциональной

лабильности, но имеет место интеллектуальная неспособность осмысления всей этой ситуации.

— *А почему психолог этого не отметил?* — Потому что это маскировано ее эндогенными расстройствами. — *Почему именно возраст определяет Ваши суждения?* — Просто это мое понимание, того, что человек в молодом возрасте, переносящий такой психоз, и в 72 года, по-разному его осмысляет, и у него есть разная возможность интеллектуальной переработки того, что с ним происходит.

**Э. В. Гаскина.** Если смотреть с точки зрения гериатра, то не видно этой органики, даже, несмотря на бывшее у нее транзиторное сосудистое расстройство. Она великолепно переносит галоперидол, пусть и внутривенно, когда другие пациенты, даже молодые, не перенесли бы его настолько хорошо. Больная, безусловно эмоционально изменена. Производит впечатление маскообразной эндогенной больной, а не сосудистой. Мы же можем предполагать только одну органику — сосудистую. Я не увидела этого. Больная только в конце чуть-чуть улыбнулась. Голос совершенно монотонный, независимо от того о каких ее переживаниях идет речь. Я ни в чем не увидела проявление органического синдрома. Того, что по идее, уже положено бы иметь в ее возрасте. У меня впечатление, что больная не раскрывает переживаний. Кроме того, мне показалось, что это совершенно вычурные ощущения: как у нее изменяются уши, становятся жесткими как хрящи. Вообще — это интерпретация не органическая. У нее была сестра, но сведений о ней не дала. Я спросила у Нелли Сергеевны: “А не произвела ли сестра специфического впечатления?” — “Произвела”.

**Ведущий.** *В чем, Нелли Сергеевна?* — Не заботливая, не видно между ними близких отношений.

**Э. В. Гаскина.** О той же органике: вообще не истощаемая больная. Мы истощились, но не она. Если говорить об инволюционном параноиде, то я его не вижу.

**М. Е. Бурно.** То, что здесь обнаруживается достаточно отчетливый галлюцинаторно-параноидный синдром, думаю, всем ясно. Совершенно согласен с тем, что здесь нет того органического тяжелого расстройства, на базе которого возникает органическая психотика, например, органический сосудистый психоз. Нет и клиники такого эндоформного психоза. Этого, по-моему, нет, несмотря на перенесенный инсульт. Нет отчетливых психоорганических расстройств, нет ослабления памяти, эмоциональной слабости, нет органических расстройств мышления, какой-то замедленности, вязковатости, нет истощаемости, бог знает, сколько времени мы говорили — и она не устала. Это нельзя назвать отчетливым психоорганическим синдромом, органическим сосудистым заболеванием мозга, на базе которого может возникнуть сосудистый психоз. Какое же складывается тут клиническое впечатление? У меня нет впечатления

шизофрении. Конечно, бывает поздняя шизофрения, бывает поздняя шизофрения после 70-ти лет, но все-таки должно быть что-то шизофреническое, кроме того, что пациентка малодоступна, кроме того, что она не хочет говорить о своей острой психотике, которую перенесла. Психотика и сейчас, видимо, в ней тлеет. Пациентка похожа на старческую больную, если бы не знать, что в ней ничего нет от обыкновенного старческого психоза. Случай дифференциально-диагностически сложный. Спасибо отделению и лечащему доктору за то, что дали нам возможность поразмышлять об этом и попытаться как-то помочь больной. Инволюционный психоз отпадает, я согласен. Думаю, что позднюю шизофрению следует дифференцировать с особым заболеванием, которое не так часто встречается. Несколько подобных случаев в жизни я видел. Это заболевание называется функциональный старческий психоз Майер-Гросса, по имени немецко-английского классика психиатрии Вилли Майер-Гросса. Он же описал онейроидное помрачение сознания. Майер-Гросс описал эту особую форму старческого психоза — именно функциональную, без отчетливых органических атрофических, проявлений старческого психоза. Снежневский кратко описывает этот психоз в студенческом Учебнике психиатрии 1958 года. В чем особенности этого психоза? В чем особенности здешнего галлюцинаторно-параноидного синдрома и, конечно, почвы? Почва органически подмочена возрастом, поскольку это возникает в старческом возрасте после 70-ти лет. Подмочена возрастным сосудистым процессом, хотя нередко и еле заметным, бывает подмочена хроническим алкоголизмом. Почва нередко синтонная или синтоноподобная. И здесь мы слышим, что пациентка горела самостоятельностью, организаторской работой и еще три года назад всю работала. Особенность галлюцинаторно-параноидного синдрома сказывается в этой внутренней тревоге, внутренней, внешне скрытой боязни воздействующих внешних сил. Эти больные боятся воздействующих на них внешних сил, поэтому говорят о них с опаской, осторожно, чтобы им не стало еще хуже от этих внешних сил, давление которых постоянно испытывают и по временам вынуждены на них жаловаться. Некоторым из них становиться хуже, потому что внешние силы наказывают их за то, что они рассказывают милиционерам или врачам об этом воздействии. Мы видим, что больная не хочет об этом говорить, она даже выгораживает это воздействие. Когда ее спрашивал, были ли в других квартирах эти шинные запахи, она уже была готова даже эти запахи объяснить не внешними силами, а чем-то житейским. Когда Александр Юрьевич спрашивает ее о сердце, о желудке, она тоже настаивает на том, что это не внешние силы, а соматическое нездоровье. И головокружение-де не от этого. “Ну, а суставы разогревали? Ну, а наэлектризовывали Вас так, что от взгляда бумага мягчала?”. Тут она затихает и говорит: “Ну, я не знаю,



что это такое”. И опять неохотно говорит. Умная женщина, чувствуется, парафренно-сложная. Не хочет связываться с этими силами. Я говорю это к тому, что такое характерно для функционального старческого психоза Майер-Гросса. Она прикрывается фразой: “Я не думаю об этом”. Это когда спрашиваю, слышат ли нас эти внешние силы. В то же время признает, что происходит нечто таинственное, у нее у самой даже взгляд от этого внешнего воздействия сильным магнитным полем изменился, и мы видим, как она очень серьезно относится к ясновидению. Она даже удивляется, когда Александр Юрьевич не понимает, что это то, в чем — она убеждена — жизненная правда. Что-то необычное происходит с ней, она это понимает, но об этом, по ее убеждению, лучше не говорить. Эта ее внутренняя скрытая тревога очень чувствуется, эти сложные переживания больной за фасадом как будто бы органички, как будто бы даже старческой больной. Конечно, для шизофренического шуба нет характерного острого аффекта, сколько могу судить по докладу доктора. По-моему, пациентка не просто малодоступна, как при шизофрении, а малодоступна, боясь в своей теперешней субпсихотике своих врагов, она и немного парафренно-загадочна.

**Ведущий.** *Марк Евгеньевич, а Вы не могли бы сказать, в чем принципиальное отличие старческого функционального психоза от шизофрении? Ведь шизофрения тоже функциональное расстройство.*

— Отличие в том, что нет шизофренической личностной почвы, которая всегда проникает в психотику, нет Блейлеровского схизиса. Для меня это очень важно. Блейлеровский схизис и создает впечатление душевной разлаженности, беспомощности. Это обычно сначала чувствуешь у больного шизофренией, а потом можешь клинически это аргументировать. Здесь этого, по-моему, нет. Все как-то по-своему стройно, стойко, нет шизофренического аромата, а если сказать научнее, нет схизиса, нет шизофрении. Она личностно живая. Учение Блейлера, классическое, гениальное учение, дает нам основную первичную шизофреническую величину, признак расстройства, первичное шизофреническое основное расстройство, без которого нет шизофрении. И если оно есть, даже в самом мягком виде, но отчетливо, то есть и шизофрения в различных ее формах. Патопсихологическое исследование говорит, что есть какая-то расплывчатость мышления и разноплановость мышления. Когда я слушал эти очень хорошие задачи на третий лишней, то такие размышления больной по поводу этих задач, меня тоже заставляли подозревать, что она и задачи боялась решать под влиянием этих внешних сил. Не будет ли это неприятно этим внешним силам, не будет ли это худо в конце концов, для нее? В этом отношении патопсихологическое исследование для меня тоже не убедительно как обнаружение, таким образом, шизофренического расстройства. Здесь, по-моему, дифференци-

альный диагноз между функциональным старческим психозом Майер-Гросса и поздней шизофренией, которая встречается, конечно, намного чаще. Но для меня как для психиатра-психотерапевта это важно и в отношении лечения. Конечно, в таком возрасте, при таком состоянии лекарства надо давать осторожно. Я бы консультировался именно с практическими врачами-психиатрами геронтологами, которые в старческих отделениях лечат своих больных и имеют настоящий, недоступный ученым практический опыт лечения этих больных. Согласен, что это не приступы, а непрерывно текущее заболевание, которое дает обострения и послабления. Конечно, лекарства придают, но они смягчат напряжение, и не больше. Здесь, по-моему, помогла бы серьезная психотерапевтическая работа, направленная на то, что мы как бы входим в эту психотическую драму, соглашаясь с тем, что все так и есть, и не отрицая ее бредовые идеи (она же к ясновидящей ходит с большим доверием, чем к психиатрам), допуская, что так оно и есть, и разбираться вместе, как теперь быть, чтобы все было лучше, чтобы по возможности эти внешние силы смягчились, не давили так на нее. С такими больными возможен живой контакт, в отличие от шизофреников. Может быть какие-нибудь лекарства принимать, чтобы (как ей объясним) усилилась сопротивляемость организма к этим внешним силам, то, о чем говорил Александр Юрьевич. Может быть, правда, она не захочет таким образом ссориться с внешними силами. Такого рода психотерапевтическая работа, в которой мы входим в психотическую драму, получаем доверие пациента, становимся его сторонником, его защитником, его надежным врачебным другом, который сильнее врагов, внешних сил, может помочь с ними договориться, помогла бы такой больной дожить свою мучительно-психотическую жизнь в ее живом, скорее всего, майер-гроссовском душевном страдании. Спасибо.

**Ведущий.** Больная очень демонстративна. Я, правда, вначале стал опасаться того, что беседы с ней не получится, уж больно она была недоступна, но потом удалось ее немного разговорить. На таких больных приходится тратить много времени и сил. Как всегда, начнем со статуса. Что можно сказать о статусе? Вошла пожилая опрятная женщина, походка нормальная, несмотря на то, что она принимает для нее довольно большую дозу галоперидола. Нет выраженных побочных явлений нейролептиков. Вроде бы спокойно сидит. На самом деле, она напряжена, смотрит только перед собой, иногда искоса бросает короткий взгляд на врача. Беседу начала совсем тихим голосом. Я попросил ее говорить громче, она тут же достаточно жестко мне ответила, что как может, так и будет говорить. А потом, когда она разговорилась в конце нашей беседы, голос стал громкий, четкий. Однако все ответы, касающиеся ее переживаний, коротки и односложны. Подробнее говорила только о том, какая она

была активная на работе и как к ней все хорошо относились. Эта настороженность, напряженность, подозрительность — поведение бредовой больной. Сколько мы здесь видели разных бредовых больных. Иногда заходит пациент, и беспокоишься о том, как он будет реагировать на такую большую аудиторию? Если у больного уже нет остроты, нет бредовой оценки обстановки, то ничего страшного. Больные достаточно быстро ориентируются, видят здесь своего доктора и успокаиваются. Если это острое или подострое аффективно-бредовое состояние, то больные растеряны, по бредовому оценивают всю обстановку, всех присутствующих. Но они не напряжены. У них может быть аффект недоумения или бредовая депрессия, или бредовая гипомания. С ними достаточно быстро можно установить контакт. А эта больная подозрительно относится ко всему. Все попытки ее “раскрыть” не удавались. Конечно, всего мы у нее так и не смогли здесь выяснить — нам не хватило ни времени, ни сил, но кое-что она все-таки сообщила. Главное, что ее больше всего беспокоит, о чем она думает, это — воздействие. Существует ли у нее бредовая система — не известно. Какая-то концепция есть. Но система с ее полной проработкой, действующими лицами и пр. — вряд ли. Для этого от начала заболевания прошло слишком мало времени. А может быть, как сказала Ирина Петровна, в таком возрасте ее психика не может расставить все точки над “и”. Я пытался выяснить у нее про методы воздействия, но она все отрицала. Учитывая недоступность больной, мы должны, говоря о статусе, оценить ее состояние при поступлении. Здесь говорилось об аффективно-бредовом синдроме, о приступе. Напоминаю о том, что стержень аффективно-бредового синдрома — циркулярный аффект: депрессия, мания или их смешение. Страх с возбуждением — это аффект острого бредового синдрома. У нашей больной был именно он, а не бредовая депрессия с растерянностью. Элементы острого диффузного бреда отношения могут присутствовать и в остром параноидном синдроме. Следует обратить внимание и на редукцию ее бредовых расстройств. Если бы это был депрессивно-бредовый синдром, то в результате такой активной фармакотерапии его бредовая часть давно бы поблекла, и приступ либо полностью редуцировался, либо расслоился с выходом на первый план депрессии. А у нашей больной наступило только успокоение. Никакой критики нет, депрессии нет. Есть недоступность. Т.е. формируется терапевтическая параноидная ремиссия. Теперь оценим ее галлюцинаторно-бредовые расстройства. Бред в основном вторичен, основан на обманах восприятия, распространенных и разнообразных, от ощущения тепла на коже, суставах до изменения обоняния, вкуса, болей внутри тела, вычурных ощущений в глазах, на ушах и даже на посторонних предметах (на бумаге). Какова ее реакция на эти расстройства? Она не посчитала их проявлением некоей болезни, она сразу же решила,

что они — результат внешнего воздействия. При нарастании остроты состояния у нее появился бред облучения, “электризации” и собственного отрицательного воздействия на окружающих. Можно ли по галлюцинациям определить нозологию? Как известно, можно. Считается, что обонятельные и вкусовые галлюцинации более характерны для шизофрении. Остальные сенсорные расстройства можно отнести к идеям воздействия, которые не всегда характерны только для процесса. Они встречаются и при экзогенно — органических психозах, например, при алкогольных. Но уж больно они вычурны. Весьма интересен ее “бредовый альтруизм”. Во время бреда преследования, когда она видела подозрительные машины с мигающими фарами, больная перестала посещать ясновидящую из-за опасения навредить ей, а при поступлении в больницу просила окружающих закрыть глаза, чтобы исходящим из нее излучением не ослепить их. Это можно отнести к соотношению бреда и личностных черт. Судя по анамнезу, больной всегда было свойственно заботиться о ком-то, опекать, защищать. Здесь говорилось о ее сосудистой органике, и психоз выводился из этой органики. Я считаю, что это не так. Во-первых, никакой стойкой сосудистой патологии здесь не отмечалось. В 2004 году у нее было острое нарушение мозгового кровообращения, по поводу которого она лечилась амбулаторно, а первые признаки психической болезни появились только через два с лишним года. Во-вторых, патопсихологическое обследование не выявило у больной преимущественно органических расстройств, а определило процессуальные расстройства мышления.

Теперь немного о развитии ее болезни. В анамнезе же четко указано, что первые признаки появились осенью 2006 года, когда больная стала чувствовать тепло на коже, и нарушился сон. Она сразу решила, что это постороннее воздействие, а не какая-то болезнь, т.е. возникла бредовая интерпретация. Была тревога и страх, депрессивных симптомов не отмечалось. 2 месяца она лечилась в психиатрической больнице, где, якобы, ничего не сказала врачу о воздействии, а только жаловалась на плохой сон. К сожалению, мы не знаем чем и с каким диагнозом. Видимо, она все же принимала нейролептики, потому что сестра больной сообщила, что она “была как трава и ничего не могла делать”. Депрессию сама больная отрицает. Когда же ее “промыли” в соматической клинике, физическое состояние больной улучшилось, но психоз обострился и усложнился. Главная же тема осталась прежней. Поэтому можно говорить о непрерывном течении. Далее психоз развивался очень быстро, появились бред преследования вне ее дома, вычурные сенсорные расстройства, идеи воздействия магнитным полем, электричеством и пр. Т.е. возникло острое бредовое состояние с психомоторным возбуждением, резкой потерей веса. Такая клиника не характерна для инволюционного психоза. Кстати, есть

косвенное подтверждение этому. Обычно больные с инволюционным бредом, оказываясь в больнице, сразу же успокаиваются. Вас даже удивляет несоответствие того, что содержится в направлении, тому, что вы видите перед собой. Когда я был молодым врачом, то совмещал на скорой психиатрической помощи. Мы стационарировали больных из т.н. зеленой зоны Москвы к себе, в Центральную областную психиатрическую больницу. Утром, когда я осматривал этих больных в отделении, то поражаюсь этому несоответствию. Еще несколько часов тому назад я видел эту пожилую женщину у нее дома растрепанной, возбужденной, агрессивной, доказывающей, что соседи и родственники ее обворовывают, хотят отравить, мешают спать, светят прожектором в окна и пр. А сейчас передо мной сидит опрятная дама в больничном халате, спокойно ведет беседу, ничего подозрительного вокруг себя не видит, неправильное поведение дома отрицает. Совсем не то, что было с нашей больной. Инволюционная патопластика ее психоза проявлялась только в обилии сенестопатий и (вначале) квартирной тематикой бреда. Если бы мы встретились с этой больной в ее 30 – 40 летнем возрасте, то никаких сомнений в том, что она заболела бредовой шизофре-

нией не было бы. Всех смутил только ее пожилой возраст. Однако такие психиатры — геронтологи как Н. Ф. Шахматов считали, что классические нозологические формы эндогенных болезней вполне могут возникать в пожилом возрасте. Поэтому ими не выделялась собственно инволюционная меланхолия, а говорилось об эндогенной депрессии в инволюции, о шизофрении в инволюции и пр. Естественно, оговаривалась инволюционная и сенильная патопластика.

Таким образом, я считаю, что наша больная страдает параноидной шизофренией. Течение непрерывное. Как уже говорилось, для приступообразно-прогредиентного течения нет главного: шизоаффективного ядра.

О терапии. Параноидные больные нуждаются в длительном, непрерывном лечении. Скорее всего, больная вряд ли будет регулярно принимать таблетки, т.к. критики к болезни у нее никогда не появится. Надо перевести ее на пролонгированный препарат с корректором. Налаживать это лечение следует здесь, в стационаре, а не в диспансере, потому что там трудно определить дозу и интервал введения препарата, его переносимость.

## XIV консторумские чтения

# ПСИХОТЕРАПИЯ ЕДИНСТВО И МНОГООБРАЗИЕ

*19 декабря 2008 г., Москва*

Конференц-зал Наркологического диспансера № 1 г. Москвы

С 10.00 до 19.00

Тел.: (495) 275-4567

## Еще раз о диагностике экзогенно-органических психических расстройств

Б. Н. Пивень, И. И. Шереметьева (Барнаул)

Прежде в ряде публикаций, в том числе в Независимом психиатрическом журнале в рубрике “Клинические разборы”, мы поднимали вопросы диагностики экзогенно-органических психических расстройств (экзогенно-органических заболеваний головного мозга). В настоящем сообщении нам бы вновь хотелось вернуться к обозначенному вопросу, в силу того, что в повседневной врачебной практике, как показывают наши наблюдения, распознавание данных форм патологии сталкивается с серьезными трудностями.

Не станем прибегать к статистическим выкладкам, характеризующим невыполнение врачами аксиоматичных требований клинического исследования психически больных — выявления всех перенесенных патогенных факторов, способных вызывать психические нарушения, важности установления всей полноты клинической картины болезненного состояния и т.п., а рассмотрим два клинических случая, в которых, как представляется, отражаются типичные недостатки диагностики экзогенно-органической патологии.

**Больная К., 1970 г. рож.** Инвалид III гр. Не работает. Поступила в дневной стационар краевого психоневрологического диспансера 24.10.2005 г.

Жалуется на нарушения сна, трудно засыпает, пробуждается среди ночи. Беспокоит “тупость в голове”, “ничего не соображаю, думаю медленно”. Беспокоит головная боль в области лба, вялость, неустойчивость при ходьбе. Стала раздражительной — “чуть что, кричу”.

Со слов больной и из медицинской документации известно следующее. Родилась в Алтайском крае единственным ребенком в полной семье. Родители развелись, когда больной был один год. Мать вторично вышла замуж, отчим “лупил” ребенка. Раннее развитие протекало без особенностей. В дошкольном возрасте перенесла пневмонию, инфекционный гепатит. В школу пошла в 6 лет. Закончила 8 классов на “4 и 5”. Поступила в ПТУ и после его окончания работала контролером и оператором на заводах, техничкой. Жила с сожителем. В 19 лет родила дочь. В настоящее время живет с матерью и дочерью, которой 16 лет. Дочь закончила 10 классов, работает.

Каких-либо особенностей характера в детские годы и в более старший период жизни больная не отмечает, “была как все”. Наследственной отягощенности психическими заболеваниями не выявляется.

Впервые к психиатру обратилась в 2004 г. Первая запись в амбулаторной карте психоневрологического диспансера датирована 14.10.2004 г. Больная предъявляет жалобы на затруднение и шаткость при ходьбе,

плохую память, медлительность. Больна с 1997 г. после черепно-мозговой травмы (избил сожитель). Как следует из выписки нейрохирургического отделения городской больницы г. Барнаула, находилась там на лечении с 28.05.97 г. по 23.06.97 г. с диагнозом: “Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Субарахноидальное кровоизлияние. Дизартрия. Рефлекторный правосторонний гемипарез. Кровоподтеки лица, головы”. В 1998 г. оперирована под наркозом в связи с гинекологическим заболеванием. Последние 7 лет алкоголем не злоупотребляет, раньше в течение около двух лет пила запоями, продолжавшимися до недели.

**Психический статус при обращении.** Внешне опрятна, ориентирована в полном объеме. Медлительна, вяла. Настроение неустойчивое. Память и интеллект снижены. Астенизирована. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявляется.

После первого обращения с диагнозом “органическое заболевание головного мозга сложного генеза (травматического, интоксикационного), психоорганический синдром II-III ст.” наблюдается участковым психиатром и периодически обращается за помощью, о чем свидетельствуют последующие записи в амбулаторной карте.

14.11.04 г. На приеме в сопровождении матери. Мать пояснила, что дочери необходимо заключение психиатра для неврологической МСЭ. Отмечает, что в последние годы дочь обидчивая, раздражительная, вспыльчивая, настроение неустойчивое, “то повышено, то понижено”.

24.11.04 г. Состояние без изменений, сохраняются прежние жалобы. Внешне опрятна. Медлительна. Астенизирована. Настроение несколько понижено. В беседе периодически раздражительна. Внимание неустойчивое. Мышление конкретное. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявляется.

07.12.04 г. На приеме в сопровождении матери. Пояснили, что по неврологической патологии больной в группе инвалидности отказано. Интересуются возможностью получить группу инвалидности по психическому состоянию.

17.10.05. Ухудшение состояния около 3-х месяцев. Усилились головные боли, появились головокружения. Нарушился сон. Усилилась раздражительность.

**Психический статус.** Астенизирована, вялая. Настроение снижено. Темп мышления замедлен. Отмечается интеллектуально-мнестическое снижение. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено. Направлена на лечение в дневной стац-



онар с диагнозом: “органическое заболевание головного мозга сложного генеза, психоорганический синдром II-III ст.”.

При поступлении в дневной стационар в соматическом статусе патологии не выявлено. АД 110/80 мм рт. ст. Неврологический статус. Глазные щели равны. Зрачки равны. Реакция на конвергенцию ослаблена. Правая носо-губная складка сглажена. Сухожильные рефлексы с рук равны, высокие, с ног  $D > S$  высокие. Мышечная сила ослаблена. Симптом Маринеску-Радовичи слева. Походка шаткая. Пальце-носовую пробу выполняет неуверенно, мимопопадание. В позе Ромберга шаткость.

**Психический статус при поступлении в дневной стационар.** Одеята небрежно, волосы растрепаны. На вопросы отвечает с задержками, обстоятельно, начиная издали. Часто звучат ответы “не помню”, “не могу вспомнить”. Нуждается в уточнении вопросов, стимуляции. Ориентирована в полном объеме. Значительно снижена память на текущие и прошлые события, внимание неустойчиво. Словарный запас ограничен. Интеллект снижен. Обманы восприятия отрицает. Критика к состоянию недостаточная.

При исследовании глазного дна выявлена ангиопатия сетчатки. По заключению невролога: последствия ЧМТ в виде энцефаломиелонейропатии с тетрапарезом.

В результате нашего исследования, путем уточнения жалоб и целенаправленного выявления перенесенных больной патогенных экзогенных факторов и имеющих и возникающих психических расстройств органического спектра, в дополнение к отмеченному установлено следующее. В возрасте 17 лет перенесла отравление угарным газом, когда выезжала на дачу, теряла сознание, но на какой период времени, сказать не может. Сильно болела голова, была тошнота. С тех пор стали изредка возникать головные боли, “не любила” пребывание в душных помещениях. Два года назад была избита сожителем, сознания не теряла, но сильно болела и кружилась голова. В последнее время головные боли часто сопровождаются тошнотой, иногда при этом бывает рвота. Плохо переносит повышенную температуру окружающей среды, пребывание в душных помещениях, поездки в транспорте — усиливается головная боль, появляется раздражительность, слабость. Плохо переносит алкоголь, из-за чего уже много лет почти не выпивает. Отмечает изменение самочувствия, его ухудшение накануне смены погоды. В течение последних двух лет несколько раз, сколько — точно сказать не может — “три или четыре”, неосознанно совершала действия и поступки, о которых потом не помнила. Так, однажды пошла в магазин, а оказалась в другом месте города, довольно далеко от дома. “Вдруг пришла в себя” и не могла понять, где она и как здесь оказалась. Не знает, шла ли пешком или ехала транспортом. Похожий случай произошел, когда собиралась в

больницу на прием к врачу. Помнит, что выходила из дома, а “очнулась” идущей по улице в другом от больницы направлении. Не может пояснить, что испытывала в таких состояниях, так как “отключалась” и не осознавала себя. При обследовании у врачей сама об этих состояниях не рассказывала, “не знала, что это болезнь”.

Как следует из приведенных сведений, у больной при наблюдении ее в психоневрологическом диспансере было диагностировано органическое заболевание головного мозга сложного генеза, проявляющееся психоорганическим синдромом. Проведенное нами клиническое исследование больной и изучение ее медицинской документации позволяют, по нашему мнению, говорить об обоснованности этого диагностического заключения. У больной фиксированы основные признаки психоорганического синдрома — снижение памяти, интеллектуальное снижение, эмоциональная неустойчивость, стойкая астения, отдельные свойственные ему вегетативные симптомы — головные боли и головокружения, то есть состояния, являющиеся клиническим выражением органического поражения головного мозга. Об органическом поражении головного мозга свидетельствуют и данные дополнительных методов исследования — заключение невролога и картина глазного дна. Названы и основные причины развившегося у больной болезненного состояния. Это тяжелая черепно-мозговая травма и злоупотребление алкоголем в прошлом.

Наряду с этим можно говорить и об определенных недостатках диагностического процесса. У больной не было выявлено, по крайней мере, не фиксировано в медицинской документации, отравление угарным газом, которое она перенесла в 17-тилетнем возрасте. Причем отравление было достаточно серьезным — больная теряла сознание, а после этого стали появляться головные боли, и больная испытывала дискомфорт в душных помещениях, что можно расценить как очень легкие знаки органического поражения головного мозга. Кроме того, у больной была выявлена повторная травма головы, также не нашедшая отражения в амбулаторной карте.

Отметим, что при целенаправленном расспросе у больной был обнаружен более широкий спектр жалоб психоорганического характера, чем описанный в амбулаторной карте. Это плохая переносимость душных помещений, жары, поездок в транспорте и алкоголя, метеочувствительность, тошнота и рвота при усилении головной боли.

Особенно хотелось бы обратить внимание на распознанные у больной сумеречные состояния сознания, протекавшие в виде амбулаторных автоматизмов. Они несколько раз развивались у больной, но не были выявлены при обследовании ни на врачебном участке психоневрологического диспансера, ни при поступлении на лечение в дневной стационар.

Приводим еще одно наблюдение, также отражающее типичные недостатки диагностики экзогенно-органических психических расстройств в повседневной врачебной практике.

**Больной** 1951 г. рождения. Врач. Инвалид II гр. Поступил в дневной стационар краевого психоневрологического диспансера 15.06.07 г. по направлению участкового врача психиатра с диагнозом: “Шизофрения вялотекущая. Стабильный эмоционально-волевой дефект. Депрессивное состояние”. Диагноз дневного стационара: “Шизофрения вялотекущая, неврозоподобная с эмоционально-волевым снижением. Астено-депрессивный синдром”.

При поступлении предъявляет жалобы на сниженное настроение, “подавленность”, тревожность, затрудненное засыпание. Беспокоит общая слабость, выраженное недомогание, головокружения, “забывчивость”, трудности сосредоточения внимания.

Соматический статус при поступлении без заметных признаков патологии.

**Неврологический статус.** ЧМН интактны. Сухожильные рефлексы равны. В позе Ромберга пошатывание, легкий тремор пальцев рук. Координационные пробы выполняет удовлетворительно.

**Психический статус.** Внешне незначительно напряжен, вял, держится скованно, медлителен. Контакт доступен. Ориентирован в полном объеме. Выражение лица грустное. Взгляд тусклый. Фиксирован на своем состоянии. Отмечает у себя “чувство тоски”, “ощущение подавленности”, более выраженные в утренние часы. Память несколько снижена. Внимание неустойчивое. Мышление относительно последовательное, наряду с этим отмечается некоторая разноплановость оценок происходящего. Нарушений интеллектуальной деятельности не выявляется. Продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживается. Критика к своему состоянию несколько формальная, но на лечение настроен положительно.

Из медицинской документации и со слов больного известно следующее. Бабушка по отцовской линии страдала психическим заболеванием. Отец умер, когда больному было 9 лет. Раннее развитие своевременное. В школу пошел в 7 лет, успеваемость была “выше средней”. Школу закончил с серебряной медалью. Поступил в медицинский институт. По окончании 10 лет работал педиатром, затем в речевой школе-интернате. Проживает совместно с женой и взрослыми детьми — сыном и дочерью. Взаимоотношения в семье хорошие. С детства страдает хроническим отитом. В 30-летнем возрасте перенес сотрясение головного мозга с потерей сознания на несколько минут.

Болен с 1975 г. Заболевание началось со сниженного настроения, тревоги, плохого сна, “наплыва мыслей”. Неоднократно проходил лечение в условиях стационара и дневного стационара. Заболевание

проявляется такими основными признаками, как “апатия”, нежелание что-либо делать. С 1987 г. является инвалидом по психическому заболеванию. Последняя госпитализация в этот же дневной стационар с 09.02 по 09.03.06 г. с диагнозом: Шизофрения вялотекущая (неврозоподобная) с эмоционально-волевым дефектом, депрессивное состояние. Выписался с улучшением. Настоящее ухудшение началось недели три назад. Появились выраженная общая слабость, недомогание, вялость и сонливость в дневное время. Затруднения при засыпании ночью. Ухудшение связывает с тем, что “пытался подработать, но не выдержал нагрузки”.

В результате нашего исследования в дополнение к сведениям, содержащимся в медицинской документации, было установлено, что у больного последние 15 лет периодически возникают головные боли, которые трудно купируются анальгетиками. Он плохо переносит жару и душные помещения — появляется дискомфорт, нарастает слабость. На фоне “обычно спокойного состояния” бывают ничем не мотивированные вспышки гневливости, направленные против близких, о чем потом жалеет, но при очередном их возникновении управлять своими эмоциями не в состоянии.

Типичность недостатков распознавания экзогенно-органических психических расстройств в данном случае можно видеть в том, что при диагностированном шизофреническом процессе имеющиеся у больного признаки органического поражения головного мозга не привлекают необходимого врачебного внимания. При этом важно подчеркнуть, что в анамнезе у больного перенесенная черепно-мозговая травма и хронических отит, то есть экзогенные вредности, способные вызывать органические поражения головного мозга, а в медицинской документации в его состоянии фиксированы такие явления, как жалобы на сниженную память и повышенную утомляемость, которые могут быть расценены как органические знаки, но данные обстоятельства не были учтены, несмотря на то, что больной длительное время наблюдается у психиатров и неоднократно лечился в круглосуточных и дневных стационарах. О наличии у больного наряду с шизофренией органического заболевания головного мозга говорят выявленные у него при целенаправленном исследования такие симптомы, как стойкие головные боли, плохая переносимость жары и душных помещений, эмоциональная лабильность, доходящая до эксплозивности. В плане нашего анализа можно отметить также, что описываемые у больного часто звучащие жалобы на слабость, вялость, недомогание, сонливость в дневное время могут быть не только признаками депрессивного состояния в рамках шизофрении, как это следует из медицинской документации, но и проявлениями астении органической природы, сливающимися с эндогенной симптоматикой.

## Опека над недееспособными: законодательные новеллы<sup>1</sup>

### Часть 1

Ю. Н. Аргунова

11 апреля 2008 г. Государственной Думой впервые был принят *Федеральный закон “Об опеке и попечительстве”*<sup>2</sup>. Он вступает в силу с 1 сентября с.г.

Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в связи с установлением, осуществлением и прекращением опеки и попечительства над недееспособными или не полностью дееспособными гражданами. Понятно, что к первым из них относятся лишь психически больные граждане, которые признаны судом недееспособными вследствие психического расстройства, при котором они не могут понимать значения своих действий или руководить ими, а ко вторым относятся несовершеннолетние или граждане, ограниченные судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами<sup>3</sup>.

Одновременно с принятием данного Федерального закона был принят *Федеральный закон “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “Об опеке и попечительстве”*, внесший изменения в Гражданский, Семейный и Жилищный кодексы РФ.

Дискуссия вокруг принятия ФЗ “Об опеке и попечительстве” (далее — Закон) была бурной и не утихла даже после его одобрения Советом Федерации. Споры, однако, касались исключительно вопросов опеки и попечительства над несовершеннолетними. Ни в одной из многочисленных публикаций общественно-политических изданий, в частности “Российской газеты”, “Московской правды”, не упоминалось о том, что принимаемый Закон регулирует вопросы защиты прав и другой уязвимой категории подопечных — психически больных граждан, лишенных дееспособности и в силу этого многих своих прав. Очевидно, что эти граждане с их проблемами ни законодателя, ни общество особо не интересуют. Да и специалистов, которые могли бы взять на себя полно-

ценную проработку вопросов опеки над недееспособными, а заодно и самого института недееспособности, в думских комитетах не наблюдается. Отсюда и стыдливое умалчивание о случаях многочисленных нарушений прав недееспособных, наблюдающихся уже на подготовленной стадии судебного разбирательства.

Гражданский кодекс РФ в части регулирования вопросов недееспособности и опеки содержит существенные пробелы и противоречия. В региональном законодательстве вопросы опеки над недееспособными должной регламентации не получили. Так, Закон г. Москвы “Об организации работы по опеке, попечительству и патронату в городе Москве” не регламентирует процедуру назначения опекуна недееспособному, не указывает какой документ должен выдаваться опекуну при его назначении, не устанавливает порядок осуществления надзора за исполнением опекунами их функций, содержит нормы, не согласующиеся с ГК РФ, и в целом выполнен на низком юридико-техническом уровне. Даже после того, как функции органов опеки в соответствии с новой редакцией п. 1 ст. 34 ГК РФ с 1 января 2008 г. были переданы органам исполнительной власти субъектов РФ, последние не желают брать на себя указанные функции. В столице, например, полномочиями органов опеки по-прежнему наделены органы местного самоуправления.

Итак, новый Закон впервые на уровне федерального законодательства дает определение понятия “опека”: “Опека — форма устройства малолетних граждан (не достигших возраста 14 лет несовершеннолетних граждан) и признанных судом недееспособными граждан, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия”.

Это определение не отражает, однако, целей опеки (защита прав и интересов, в частности недееспособных)<sup>4</sup> и не вносит ясности в вопрос об объеме и преде-

<sup>1</sup> Новелла — новая норма (дополнение) закона.

<sup>2</sup> Российская газета, 2008, 30 апреля.

<sup>3</sup> Вопросы опеки и попечительства над несовершеннолетними и гражданами, ограниченными судом в дееспособности, в данной статье не рассматриваются.

<sup>4</sup> В словаре русского языка С. И. Ожегова опека определяется как “наблюдение за недееспособными лицами и попечение об их воспитании, правах и т.п.” В толковом словаре русского языка под ред. Д. Н. Ушакова опека опре-



лах полномочий опекуна. Понятие “юридически значимые действия” шире понятия “сделка”, о которой говорится в п. 2 ст. 32 ГК РФ в контексте функций опекуна, и уже понятия “интересы” недееспособного, в защиту которых вправе выступать опекун, поскольку реализация недееспособным своих интересов может не иметь юридической значимости, а потому тотальное вторжение опекуна в жизнь подопечного под предлогом защиты его интересов не всегда оправдано. Отсюда возникает и вопрос о правах самого недееспособного, объем которых в законодательстве остается не проясненным, несмотря на всю важность этого вопроса для недееспособного. Эта тема должна стать предметом специального изучения и правового регулирования.

Закон далее определяет задачи и принципы государственного регулирования деятельности по опеке и попечительству, задачи и полномочия органов опеки и попечительства, правовой статус опекунов, ответственность указанных органов и лиц, правовой режим имущества подопечных<sup>5</sup>, основания и последствия прекращения опеки и др.

Закон вводит **ряд новых норм** — новелл.

#### **1. В отношении полномочий органов опеки и попечительства**

1.1. Полномочия указанных органов дополнены представлением интересов недееспособных, находящихся под опекой, в отношениях с любыми лицами (в т.ч. в судах), если действия опекунов по представлению интересов подопечных противоречат законодательству или интересам подопечных либо если опекуны не осуществляют защиту интересов подопечных (п. 8 ч. 1 ст. 8 Закона).

---

деляется как наблюдение за недееспособными гражданами, попечение о их личных и имущественных правах, возлагаемое государством на кого-нибудь и осуществляемое под контролем государственной власти”. Согласно Толковому словарю живого великорусского языка В. И. Даля “опека (печья о ком) — это надзор, установленный законом над лицом или имуществом его в известных случаях: по малолетству владельца, по несостоятельности его, по безрассудству, сумасшествию”.

В ГК РФ понятие опеки не формулируется. Оно встречается в законах субъектов РФ, однако, зачастую, в усеченном и недифференцированном от других институтов виде. Так, Закон г. Москвы, упоминавшийся выше, дает понятие опеки вместе с понятием попечительства: “Опека и попечительство — форма обеспечения защиты прав и охраняемых законом интересов детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, совершеннолетних лиц, признанных судом недееспособными или ограниченно дееспособными”. Московские законодатели кроме прочего упустили из виду, что недееспособными могут быть признаны не только совершеннолетние, но и несовершеннолетние граждане в возрасте от 14 до 18 лет.

<sup>5</sup> Правовой режим имущества подопечных, вопросы ответственности опекунов и органов опеки, а также вопросы о прекращении опеки будут рассмотрены в следующем выпуске нашего журнала.

Закон, однако не описывает процедуру перехода указанных полномочий от опекуна к органам опеки. Не указывается должно ли этому предшествовать принятие акта об освобождении (или отстранении) опекуна от исполнения своих обязанностей.

1.2. Полномочия указанных органов по выявлению лиц, нуждающихся в установлении над ними опеки, а также по подбору и подготовке граждан, выразивших желание стать опекунами, могут теперь осуществлять наряду с медицинскими организациями, организациями, оказывающими социальные услуги, также и *иные организации*. Случаи и порядок осуществления указанных полномочий будут установлены постановлением Правительства РФ (ч. 4 ст. 6 Закона).

Понятие “лица, нуждающиеся в установлении опеки” в ст. 2 Закона не раскрывается и представляется не вполне ясным: то ли эту категорию составляют лица, в отношении которых органы опеки получили решение суда о признании их недееспособными (но тогда проводить работу по их “выявлению” нет необходимости), то ли лица с тяжелыми психическими расстройствами, в отношении которых целесообразно ставить вопрос перед судом о признании их недееспособными для защиты их прав и интересов? Каковы же должны быть методы “выявления” в этом случае?

1.3. Полномочия указанных органов в отношении подопечного возлагаются на орган, который установил опеку. Предусматривается, что при перемене места жительства подопечного полномочия органа опеки возлагаются на орган опеки по новому месту жительства подопечного (абз. второй п. 1 ст. 34 ГК РФ).

#### **2. В отношении правового статуса опекунов**

2.1. Введено *дополнительное ограничение* для кандидатуры опекуна — наличие на момент установления опеки судимости за умышленное преступление против жизни или здоровья граждан (новая редакция п. 2 ст. 35 ГК РФ).

2.2. В целях получения сведений о личности предполагаемого опекуна органам опеки предоставлено *право запрашивать информацию* о нем не только в органах внутренних дел и ЗАГС, но и в медицинских и иных организациях (ч. 2 ст. 10 Закона). Указывается, что документы или их копии и иная информация для указанных целей предоставляются по требованию органов опеки безвозмездно.

Эта норма не согласуется, однако, со ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Такие сведения являются врачебной тайной и по правилам ч. 3 ст. 61 Основ могут предоставляться медицинской организацией только с согласия гражданина, т.к. такие сведения предназначены для использования в целях назначения лица опекуном, что относится в контексте ч. 3 ст. 61 Основ к “иным” целям. Если бы ч. 2 ст. 10 Закона подразумевала возможность получения подобных сведений без согласия лица, законодатель помимо внесения изменений в ГК, СК и ЖК



РФ внес бы соответствующее дополнение в ч. 4 ст. 61 Основ. Однако этого не произошло.

2.3. Закон предусматривает перечень лиц, которые наделяются *преимущественным правом* перед всеми другими лицами быть опекунами подопечных. К ним относятся бабушки и дедушки, родители, супруги, совершеннолетние дети и внуки, братья и сестры (ч. 5 ст. 10 Закона).

2.4. Введена норма, позволяющая органу опеки исходя из интересов лица, нуждающегося в опеке, назначить ему *нескольких опекунов*.

В этом случае представительство и защита прав и интересов подопечного осуществляется одновременно всеми опекунами. Если ведение дел подопечного поручается опекунами одному из них, это лицо должно иметь доверенность от остальных опекунов. Обязанности по обеспечению подопечного уходом и содействию в своевременном получении им медицинской помощи (а в отношении несовершеннолетнего также обязанности по его обучению и воспитанию) распределяются между опекунами в соответствии с актом органа опеки об их назначении либо договором об осуществлении опеки. В случае если указанные обязанности не распределены, опекуны несут солидарную ответственность за их неисполнение или ненадлежащее исполнение (ч. 6 – 9 ст. 10 Закона).

2.5. Закон устанавливает право органов опеки при необходимости исходя из интересов подопечных назначить одно и то же лицо *опекуном нескольких подопечных*. При этом в акте о назначении лица опекуном второго и следующих подопечных орган опеки обязан указать причины, по которым опекуном не может быть назначено другое лицо.

В случае возникновения противоречий между интересами подопечных одного и того же опекуна при осуществлении ими законного представительства орган опеки обязан назначить каждому из подопечных временного представителя для разрешения возникших противоречий (ч. 10 ст. 10 Закона).

2.6. В Законе содержится уточнение, согласно которому *временное пребывание* подопечного в медицинской организации, организации, оказывающей социальные услуги, или иной организации в целях получения медицинских, социальных, образовательных или иных услуг либо в целях обеспечения временного проживания подопечного в течение периода, когда опекун по уважительным причинам не может исполнять свои обязанности в отношении подопечного, *не прекращает права и обязанности опекуна* (ч. 4 ст. 11 Закона).

2.7. Закон (ч. 5 ст. 11), а также п. 4 ст. 35 ГК РФ дополнены правилом, по которому недееспособным, помещенным под надзор в медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации *опекуны не назначаются*. В действующей пока редакции ст. 35 ГК РФ указывается лишь о том, что опекунами указанных граждан явля-

ются учреждения, в которых они находятся или помещены.

2.8. В Законе обозначено *основание* возникновения отношений между опекуном и подопечным. Им является акт органа опеки о назначении опекуна. При этом в акте может быть указан *срок действия полномочий опекуна*, определяемый периодом или указанием на наступление определенного события (ч. 6 ст. 11).

2.9. Законом вводится институт *предварительной опеки*. Согласно ст. 12 в случаях если в интересах недееспособного ему необходимо немедленно назначить опекуна, орган опеки вправе принять акт о временном назначении опекуна, которым может быть назначено совершеннолетнее дееспособное лицо при условии предоставления им лишь документа, удостоверяющего личность, и обследования органом опеки условий его жизни (при этом в Законе не указывается каков должен быть результат обследования). Проведения предварительной проверки сведений о личности опекуна (нравственные качества, способность к выполнению опекунских обязанностей, судимость) в этом случае не требуется, что, на наш взгляд, может привести на практике к принятию органами опеки опрометчивых решений и опасным ситуациям для самих недееспособных ведь новый Закон не обязывает при назначении временного опекуна учитывать отношения, существующие между ним и недееспособным и, если это возможно, — желание подопечного (см. требования п. 3 ст. 35 ГК РФ).

Временно назначенный опекун обладает, как указывается в Законе, всеми правами и обязанностями опекуна, за исключением права распоряжаться имуществом подопечного от его имени (давать согласие на совершение подопечным сделок по распоряжению своим имуществом). Последнее разъяснение, приведенное в Законе в скобках, вызывает недоумение: подопечные никаких сделок совершать не вправе; все необходимые сделки от имени подопечного согласно п. 2 ст. 32 ГК РФ совершают их опекуны.

Обнаруживается и другое противоречие между Законом и ГК РФ, а также между различными статьями самого Закона. Из ч. 5 ст. 12 Закона косвенно вытекает, что продолжительность предварительной опеки составляет 1 месяц. Если временно назначенный опекун не будет назначен опекуном в общем порядке до истечения месяца своего временного назначения, предварительная опека прекращается. Вместе с тем, как затем указано в Законе, при наличии исключительных обстоятельств этот срок может быть увеличен до 2-х месяцев. Однако, как следует из ч. 3 ст. 11 Закона и п. 1 ст. 35 ГК РФ, если недееспособному не назначен опекун в течение месяца, исполнение обязанностей опекуна временно возлагается на орган опеки. Во всех так называемых “исключительных” случаях орган опеки, как представляется, должен брать на

себя бремя опекунских обязанностей по защите прав недееспособных.

Кроме того образуется некоторый неучтенный промежуток времени между моментом, когда органу опеки стало известно о необходимости установления опеки (п. 1 ст. 35 ГК РФ и ч. 2 ст. 11 Закона) и моментом временного назначения опекуна. Этот временной зазор приводит к фактическому превышению ответственного органу опеки месячного срока для назначения опекуна в общем порядке.

2.10. Закон допускает осуществление опеки *по договору на возмездных условиях* (ст. 14 и 16 Закона).

Органу опеки предоставлено право заключать такой договор с опекуном исходя из интересов подопечного. Вознаграждение опекуна может выплачиваться за счет доходов от имущества подопечного (его предельный размер будет установлен Правительством РФ), средств третьих лиц, а также средств бюджетов субъектов РФ.

По просьбе опекуна, добросовестно исполняющего свои обязанности, орган опеки вместо выплаты вознаграждения вправе разрешить ему безвозмездно пользоваться имуществом подопечного в своих интересах. О согласии на это самого подопечного в Законе не упоминается. В договоре об осуществлении опеки должны быть указаны состав имущества подопечно-

го, в отношении которого разрешено безвозмездное пользование, и срок пользования им. Орган опеки вправе досрочно прекратить пользование таким имуществом при неисполнении или ненадлежащем исполнении опекуном своих обязанностей, а также при существенном нарушении опекуном имущественных прав и интересов подопечного.

Безвозмездное пользование опекуном жилым помещением, принадлежащим подопечному, допускается при удаленности места жительства опекуна от места жительства подопечного, а также при наличии других исключительных обстоятельств.

2.11. Важным дополнением является предоставление органу опеки и возможности в интересах подопечного в акте о назначении опекуна либо в договоре об осуществлении опеки *указать отдельные действия, которые опекун совершать не вправе*, в т.ч. запретить опекуну изменять место жительства подопечного, а также в целях учета индивидуальных особенностей личности подопечного установить обязательные требования к осуществлению прав и исполнению обязанностей опекуна (ч. 4 ст. 15 Закона).

Окажутся ли нововведения действенными или ущербными покажет практика их применения.

В следующем выпуске нашего журнала мы продолжим рассмотрение ФЗ “Об опеке и попечительстве”.

**XIV Всемирный конгресс по психиатрии**  
**НАУКА И ГУМАНИЗМ**  
**ДЛЯ ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИИ**

*20 – 25 сентября 2008 г., Прага, Чехия*

**[www.wpa-prague2008.cz](http://www.wpa-prague2008.cz)**

**XXV конгресс**  
**Латиноамериканской психиатрической ассоциации**  
**(при поддержке ВПА)**

*18 – 22 ноября 2008 г., Исла Маргарита, Венесуэла*

**Tel.: +34 91 361 26 00 - Fax: +34 91 355 92 08**

**Email: [apal2008@tilesa.es](mailto:apal2008@tilesa.es); [www.apal2008.org](http://www.apal2008.org)**

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

---

---

### Почему российские граждане боятся психиатров?

(две истории из нашей экспертной практики)

В Москве на территории, которую обслуживает ПНД № 10, проживает беспокойное семейство. Мать и сын Обуховы уже много лет постоянно ссорятся, обвиняя друг друга во всех смертных грехах. В местное отделение милиции регулярно поступают заявления от Андрея Обухова с жалобами на неадекватное поведение матери: принесла домой 15 кошек и собак, содержится в антисанитарном состоянии квартиру, высывается из окна и кричит, что ее насилюют, забывает выключить газ, шумит по ночам и т.п. Надо сказать, что соседи тоже недовольны г-жой Обуховой и считают ее не совсем нормальной. Так, например, они не смогли вынести ее любовь к бездомным животным, которых она содержала на лестничной площадке, возмутились и потребовали прекратить антисанитарию. Г-жа Обухова обиделась, но спорить не стала, и переместила многочисленных кошек и собак к себе в квартиру, подвергнув испытанию терпение своего сына. Постоянно он там не проживает, говорит, что это невозможно, но наведывается довольно часто, поскольку там его вещи, оргтехника и т.п.

Милиция неоднократно выезжала по хорошо известному ей адресу и фиксировала неадекватное поведение г-жи Обуховой. На пятом году конфликта, сотрудники отделения ОВД обратились в психоневрологический диспансер с просьбой принять меры медицинского характера к г-же Обуховой. При этом они переслали туда полученные ими заявления сына, в которых он неслестно отзывался о своей матери. Диспансер решил выступить в роли третьей стороны и пригласил к себе обоих. Мать приглашение приняла, прошла добровольное освидетельствование, и по словам врачей, в настоящее время посещает диспансер и принимает лечение в связи с диагнозом “сенильная деменция, умеренная степень”. А вот сын посмел не явиться...

В рассказах г-жи Обуховой о ее взаимоотношениях с сыном, она упомянула, что он бывает агрессивен в ее адрес. И хотя заявлений об этом она не писала, и с официальной просьбой об освидетельствовании сына не обращалась, ПНД самостоятельно решил выйти в суд с ходатайством о недобровольном освидетельствовании Андрея Обухова. Порывшись в архиве, врачи обнаружили его старую амбулаторную карту 1977 года, заведенную в связи с тем, что он проходил обследование в ПБ по поводу призыва в армию. Тогда он предъявлял жалобы на повышенную утомляе-

мость, ему был выставлен диагноз “Последствия органического поражения головного мозга неясного генеза”, и был выдан военный билет с отметкой “годен с ограничениями”. Впоследствии никаких переосвидетельствований Андрей не проходил, поскольку по роду своей работы имел освобождение от армии. Два года его амбулаторная карта лежала в ПНД, никто его не наблюдал и не приглашал, а в 1979 году он был снят с учета в связи “с необращаемостью”, и карта сдана в архив.

Однако здесь она пригодилась. В своем ходатайстве врачи диспансера указывали, что Обухов “страдает хроническим психическим заболеванием”, и что его поведение свидетельствует о том, что оставление без психиатрической помощи может привести к существенному вреду его здоровью. Московские суды редко спорят с психиатрической службой. Суд дал санкцию на недобровольное освидетельствование Обухова. Адвокат Обухова оспорил это решение, однако кассационная инстанция также подтвердила необходимость его освидетельствования. Врачи вновь утверждали, что он страдает “хроническим психическим расстройством”, а принесенную Обуховым справку из клиники “Психическое здоровье”, где он накануне прошел обследование психолога и психиатра и получил вердикт “психически здоров”, отвергли на том основании, что у специалистов этой клиники не было анамнестических данных. Как будто решение о применении недобровольных мер принимается на основании анамнестических данных, а не на основании настоящего психического статуса.

Будучи вполне законопослушным гражданином, но имея все основания не доверять врачам ПНД № 10, Обухов обратился в организационно-методический отдел главного психиатра Москвы с просьбой провести ему добровольное освидетельствование с участием представителей НПА России. 12 мая такое освидетельствование состоялось. Комиссия записала в своем заключении, что “психических расстройств у Обухова не выявлено”. Убедительного ответа на вопрос о причинах обращения в суд главный врач ПНД № 10 дать не смог. “Вы что, полагали, что Обухова следует стационарировать в недобровольном порядке?” — “Нет” — “А зачем же тогда Вы обращались в суд?” — “Мы просто хотели на него посмотреть”. Представление о том, что недобровольные меры психиатрического характера должны применяться лишь в случае,

когда есть основания полагать наличие тяжелого психического расстройства, которое нужно экстренно лечить, главному врачу ПНД № 10, вероятно, неведомо. Коллеги высказали ему свое мнение, но лишь в приватном порядке и очень мягкой форме.

Надежды Андрея Обухова на то, что ему будут принесены извинения за незаконные действия диспансера, не оправдались. Вместо этого, комиссия прочла ему лекцию о том, как нужно относиться к пожилым родителям. А главный врач ПНД № 10 вел себя как победитель: “Я решение суда выполнил, теперь могу сдать карту в архив”.

А мы говорим о реформе, о том, что нужно оказывать помощь гражданам по месту жительства, строить с ними отношения доверия, уважения, сотрудничества...

А вот еще одна история.

Елена Соловьева — разносторонне развитая женщина, успешный преподаватель, журналист, заботливая жена и мать. Проживает она в г. Новосибирске, а Академгородке, и как и многие другие жители очень болезненно относится к возможной вырубке леса в этой части города. Инициативная группа граждан недавно добилась запрета на вырубку леса в судебном порядке, однако лесодобывающим фирмам это не указ, они торопятся получить свой кусок хлеба.

Однажды Елена увидела из окна своей квартиры, что к ее дому подъехала машина, из которой вышли люди с бензопилой и приготовились производить вырубку леса. Она тут же выбежала во двор, за ней последовал ее сосед, который также увидел подъехавшую машину и забеспокоился. Елена подошла к начальнику и заявила, что вырубка леса незаконна, есть соответствующее решение суда. В ответ она услышала, что они ничего не знают и знать не хотят, у них есть “предписание”... Она предложила пройти вместе в прокуратуру, на нее стали кричать. Решив что Елене угрожает какая-то опасность, ее сосед брызнул из газового баллончика в лицо обидчика, схватил бензопилу, и бросился в сторону леса, лишив приехавших орудия производства. И хотя пила была тут же сдана в

отделение милиции, против обоих было возбуждено уголовное дело: Елену обвинили в самоуправстве, а ее соседа — в грабеже и попытке похитить государственное имущество.

Дело расследовалось долго и трудно, и следователь решил призвать на помощь психиатрию. В результате тщательных поисков в архиве местного ПНД была обнаружена карта Елены Соловьевой, заведенная по обращению ее матери, когда ей было 9 лет. С тех пор к психиатрам Елена не обращалась и даже не знала, что когда-то ей был установлен страшный диагноз “вялотекущая шизофрения”. Однако карту извлекли на свет божий, тщательно изучили и решили, что Елене необходимо провести судебно-психиатрическую экспертизу. Экспертная комиссия пришла к выводу, что Елена Соловьева страдает “истерическим расстройством личности”. На невменяемость это явно не тянет, но дискредитировать человека, который выступает в роли общественного деятеля и журналиста, вполне можно. Заключение психиатров было оглашено в судебном заседании и дало возможность оппонентам Елены называть ее психически больной. Диагноз ведь психиатры установили, а что там за расстройство — никому нет дела. По просьбе Елены Соловьевой НПА России провела ей свое комиссионное освидетельствование и пришла к выводу, что она психически здорова. Это заключение также приобщено к материалам дела, однако в судебном заседании не зачитывалось, поскольку, по мнению судьи, к существу дела отношения не имеет. Так что так и ходит Елена “заштемпелеванная”, а психиатры не спешат дезавуировать свое заключение.

Ниже публикуются заключение комиссии врачей-психиатров Новосибирской психиатрической больницы (Тульская, 83-а), проводивших судебно-психиатрическую экспертизу Елене Соловьевой, заключение специалистов НПА, а также статья Е. Соловьевой — отклик на то, что с ней произошло, так сказать “взгляд на психиатрию изнутри”. Можно не соглашаться с таким видением событий, но нельзя игнорировать его. — Обратная связь нам всем необходима.

### **Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 21.08.2007 г.**

#### **Судебно-психиатрическая экспертиза первичная амбулаторная в отношении СОЛОВЬЕВОЙ ЕЛЕНЫ В.**

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы:

1. Страдала ли Соловьева Е. В. в прошлом и страдает ли в настоящее время психическим расстройством?

2. Не обнаруживала ли Соловьева Е. В. во время совершения общественно опасного деяния психическое расстройство, вследствие которого она не могла осознавать фактический характер и общественную

опасность своих действий либо руководить ими? Если обнаруживала, то к какой категории относится данное психическое расстройство — хроническому психическому расстройству, временному психическому расстройству, слабоумию, иному болезненно-му состоянию психики?

3. Не обнаруживала ли Соловьева Е. В. во время совершения преступления психическое расстройство, вследствие которого она не могла в полной мере осоз-



навать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими?

4. Не наступило ли у Соловьевой Е. В. после совершения преступления психическое расстройство, лишающее ее в настоящее время способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими? Если наступило, то является оно временным или хроническим?

5. Если у Соловьевой Е. В. обнаруживается психическое расстройство, лишающее ее способности полностью или частично осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, то не связано ли оно с возможностью причинения ею иного существенного вреда, либо ее опасностью для себя или других лиц?

6. Нуждается ли Соловьева Е. В. в применении к ней принудительных мер медицинского характера? Если да, то в каких именно?

7. Если Соловьева Е. В. страдает психическим расстройством, при котором сохраняется возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, то не относится ли это расстройство к категории психических недостатков, нарушающих способность самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве?

При проведении исследований использовались методы психиатрического (клинико-психиатрического) экспертного исследования (анамнез, катамнез, медицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств) в сочетании с анализом данных соматического, неврологического и психического состояния.

Из материалов уголовного дела № 120884, представленной медицинской документации (амбулаторная карта из психиатрического отделения поликлиники СО РАН), со слов испытуемой Соловьевой Елены В., известно, что она родилась в 1972 году в г. Новосибирске единственным ребенком в семье учителя и научного сотрудника. Родилась от первой беременности в срок. Несмотря на аспирацию околоплодными водами, закричала сразу. Росла беспокойным ребенком, плохо спала. Фразовая речь сформировалась к 1 году 8 месяцам. Читать научилась к 4,5 годам. Детский сад не посещала. В школу пошла своевременно, с желанием. Училась хорошо. Любила фантазировать, сочинять сказки, рассказы, опекать домашних животных, занималась музыкой. Контакт с детьми устанавливался с трудом, так как стремилась привлечь внимание окружающих. Закончила 8 классов, после чего получила специальность музыкального руководителя по классу фортепьяно. Проработав год в школе, поступила в НГУ на исторический факультет. Учась в университете, на последних курсах начала заочное обучение в НГПУ по специальности “автомати-

ка и вычислительная техника”. Имеет 2 высших образования. Работала учителем истории в школе, корректором в коммерческих печатных изданиях, редактором газеты “Золотая долина”. В настоящее время работает в частной фирме по программному обеспечению корректором. Ранее не судима. На учете у нарколога не состоит. 03.12.1980 года впервые осмотрена психиатром по месту жительства. В беседе с врачом мать предъявляла жалобы на плохой контакт дочери с детьми, тики в 1979 году, которые прекратились после приема валерианы. Диагноз — “Психопатоподобное поведение?” В 1981 году наблюдалась психиатром по поводу эмоциональной неустойчивости, слезливости, жалоб на постоянные боли в животе. В 1981 году для исключения шизофрении рекомендовано стационарное обследование (не госпитализировалась), неоднократно планировалась консультация профессора А. С. Тимофеевой (данные отсутствуют). Со слов матери, имеется запись в амбулаторной карте от 06.11.81 г. о том, что у ребенка “появились навязчивые движения, тики, нарушенный сон из-за страхов, засыпает с приоткрытой дверью ... углублена в свои мысли, стала невнимательной”. Далее здесь же: “Девочка попросила мать выйти из кабинета и тихо сказала, что ей не хочется жить...”. Диагноз — “неврозоподобный синдром на фоне эндогенного заболевания (шизофрения)”. Для уточнения диагноза в детское психиатрическое отделение не направлялась. 04.01.82 г.: “беспокоят неприятные ощущения типа залежалости мозгов, которые нужно протереть, но для этого стоит раскроить череп и впустить туда воздух...”. Лечение не назначалось, не госпитализировалась, диагноз тот же. 28.02.82 г. мать принесла запрос на дополнительную жилплощадь, выдана справка о том, что ребенок “страдает эндогенным заболеванием (вялотекущей шизофренией), имеет право на дополнительную и изолированную жилплощадь”. В следующих записях участкового психиатра отмечается получение матерью таб. соннапакс из больничного фонда по одному стандарту (май, июнь, октябрь 1982 года), ребенок не осматривался. 06.10.82 г.: “состояние удовлетворительное, контактная, поведение адекватное...” Диагноз — “тот же, ремиссия”. 20.09.84 г.: “серьезно занимается гимнастикой и бегом, успеваемость хорошая, настроение ровное...” 16.01.85. — запись о направлении ребенка в детское отделение для обследования по поводу болей в животе и рекомендации продолжить прием соннапакса. Сведений о пройденном обследовании в связи с указанными жалобами в документации нет. 17.09.85.: “состояние удовлетворительное, на приеме холодна, продуктивному контакту недоступна, эмоционально уплощена...” По заключению психиатра, в лечении не нуждается. С 03.12.80. по 17.09.85. наблюдалась у детского психиатра с диагнозом — “вялотекущая шизофрения”. Во взрослую сеть для дальнейшего диспансерного наблюдения не передавалась. Очередное

обращение к психиатру — 03.08.07. в связи с тем, что испытуемая узнала от следователя о том, что она в детстве состояла на учете у психиатра. Присутствующая на приеме мать испытуемой подтвердила, что пользуясь знакомством с врачом, “делала болезнь дочери”, чтобы добиться расширения жилплощади, 08.08.07. Соловьевой Е. В. в амбулаторных условиях было проведено диагностическое экспериментально-психологическое обследование. По его результатам, испытуемая “обнаруживает ... некоторую демонстративность суждений у достаточно очерченной творческой индивидуальности, высокий уровень активности, которые реализуются в стремлении к руководству окружающими, энергичности, высокой работоспособности, стремлении к максимальной информированности”. С диагнозом — “акцентуация личности по гистрионическому (истерическому) типу, неврозоподобные и психопатоподобные расстройства в пубертатном возрасте (по амбулаторной карте)” — направляется на ВК для решения вопроса о снятии с учета у психиатра. 28.06.07. в отношении Соловьевой Е. В. возбуждено уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного ст. 330 УК РФ. Являясь членом инициативной группы, протестующей против вырубки лесного массива пр. Коптяга, 19.06.07. Соловьева Е. В. с применением насилия, совершила самоуправство в отношении гр. Степанова А. Е. Допрошенная в ходе следствия, давала последовательные показания, логично мотивировала свои действия в период инкриминируемого деяния. Показала, что в день инкриминируемого правонарушения находилась у точечной застройки, видела, как рабочие приступили к вырубке леса. Так как имелся документ о приостановке этих работ, подошла к одному из рабочих (потерпевшему по делу) и предложила ему проследовать в прокуратуру. А для того, чтобы продемонстрировать серьезность своих намерений попыталась приподнять тяжелую бензопилу. Рабочий прореагировал на ее действия движением вперед, а оказавшийся рядом Поздняков, решив, что ей угрожает опасность, применил к Степанову газовый балончик и побежал с бензопилой в лес. Она побежала за ним.

Данные настоящего обследования.

**Физическое состояние:** правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы чистые, следов повреждений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

**Неврологическое состояние:** зрачки округлой формы, реакция на свет содружественная. Конвергенция сохранена. Нарушений чувствительности нет. Сухожильные рефлексы равные, живые.

**Психическое состояние:** ориентирована полностью, в ясном сознании. Поведением галлюцинаторно-бредовой симптоматики не обнаруживает. Выглядит несколько моложе своего паспортного возраста.

Обращают на себя внимание элементы “подросткового” стиля в одежде, индивидуальность внешнего образа, демонстративность поведения, декларативность высказываний. В начале беседы держится настороженно, с легким недоверием, в контакт вступает постепенно. В процессе беседы становится более расположенной к обследованию, хорошо понимая его цель и значимость экспертного заключения. Фон настроения заметно повышается в ответ на внимание окружающих — будучи в начале скорее замкнутой, в дальнейшем позволяет себе уместные шутки. Живо сообщает о своем изумлении, когда от следователя узнала о том, что в детстве состояла на учете у психиатра. Эмоционально рассказывает, что узнав об этом, обратилась за разъяснениями к своей матери, которая призналась ей в фальсификации диагноза ее приятельницей — врачом-психиатром для получения их семьей дополнительной жилплощади. Не испытывает смущения от сказанного. Уверена в понимании экспертами обыденности и допустимости данного поступка. Самооценка очень высокая. Считает себя психически здоровым, успешным человеком. Выражает свою готовность пройти любые исследования с целью подтвердить это. В детском возрасте характеризует себя обычным ребенком, со средними способностями. Отрицает какие-либо страхи, странности в своем поведении. Заявляет, что не помнит посещения кабинета психоневролога. Высказывания о периоде правонарушения не противоречат имеющимся в деле. Подтверждает свое активное участие в борьбе против вырубки леса в Академгородке, подчеркивая, что всегда действовала законными методами. Утверждает, что хорошо ориентируется в принятых судебных решениях по данному вопросу и владеет полной информацией по спорной точечной застройке на пр. Коптяга. Случившийся эпизод с участием Позднякова считает нелепостью, так как со своей стороны отрицает какие-либо намерения причинить вред Степанову. Поясняет, что своим обращением к Степанову “пройти в прокуратуру” она лишь стремилась продемонстрировать серьезность происходящего. Суждения самобытны, оригинальны. Мышление логического типа. Нарушений памяти не выявляет, последовательно излагает сведения о своей жизни и о своих действиях в исследуемый период. Интеллект высокий. Критична к ситуации, рассчитывает на справедливое решение суда. Для уточнения психического состояния Соловьевой Е. В. в целях исследования сферы мышления назначено психологическое исследование психологом отделения АСПЭ — Бочкаревой Н. В.

**Экспериментально-психологическое исследование.** Испытуемая направлена на дополнительное психологическое, обследование с целью установления особенностей функционирования мыслительной сферы. Изначально испытуемая на контакт шла осторожно, держалась с чувством дистанции, была несколько напряжена. В процессе последующей беседы и

участия в экспериментальном исследовании напряжение несколько спало, стала улыбаться, держалась более непринужденно. В исследовательский процесс испытуемая включилась с готовностью. Инструкции к предлагаемым заданиям выслушивала внимательно, прежде чем приступить к работе уточняла алгоритм выполнения заданий. Сами задания выполняла старательно, в полном объеме, стремилась к предъявлению хорошего результата. Исследование было проведено с помощью следующих методик: “Пиктограммы”, “Сравнение понятий”, “Исключение предметов”, “Аналогии”, “Ассоциативный эксперимент”, “Называние 60 слов”. Мыслительная деятельность осуществляется без логических затруднений и ошибок, на высоком уровне обобщения. Словарный запас и запас представлений об окружающем мире достаточно богаты, соответствуют образованию и приобретенному жизненному опыту. Испытуемой доступно выполнение всех мыслительных операций (анализ, синтез, обобщение, отвлечение). Различение понятий испытуемая производит, оперируя стандартными, практически значимыми их свойствами, сравнение выполняет с опорой на родовую принадлежность анализируемых объектов. Главное и второстепенное дифференцирует. Легко устанавливает логические связи между понятиями, столь же легко переносит выявленный тип взаимоотношений на новый материал. При исследовании личностно-мотивационного компонента мышления отмечается хороший уровень оригинальности, нестандартности выбираемых решений, при их смысловой адекватности стимулам; уровень абстрактности в пиктограммах колеблется от функционального до метафорического; опосредованные образы в достаточной степени эмоциональны. При продуцировании направленных вербальных ассоциаций фиксируются высшие словесные реакции, в подавляющем большинстве общеконкретные. При свободном потоке ассоциаций на начальном этапе отмечались явления небольшой инертности в виде стремления (самостоятельно вербально обозначенного испытуемой в процессе выполнения методики) к называнию вещественных предметов, что увеличило общее время выполнения задания. Таким образом, данные настоящего обследования выявляют высокий уровень вербального интеллекта, абстрактно-логическое мышление, целенаправленность и адекватность ассоциативных процессов, с явлениями небольшой их инертности.

**Выводы:** на основании изложенного экспертная комиссия приходит к заключению, что Соловьева Елена В. обнаруживает психическое расстройство в форме истерического расстройства личности. Это подтверждается ее анамнестическими данными (с детства отличалась стремлением привлекать к себе внимание окружающих, амбулаторно наблюдалась у психиатра по поводу вялотекущей шизофрении, но в психиатрическом стационаре не обследовалась, в дальнейшем закончила музыкальное училище, два высших учебных заведения — гуманитарное и техническое, при амбулаторном психиатрическом обследовании в августе 2007 г. обнаруживала акцентуацию личности по гистрионическому (истерическому) типу, а также данными настоящего обследования, обнаружившего у нее повышенную эмоциональность, эксцентричность, черты театральности в поведении, категоричность в суждениях, при сохранных интеллектуально-мнестических способностях, отсутствии галлюцинаторно-бредовой симптоматики и специфических для эндогенного заболевания нарушений мышления. Однако, указанное психическое расстройство выражено у Соловьевой Е. В. не столь значительно и не лишало ее в период совершения правонарушения способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Какого-либо временного психического расстройства в период правонарушения у Соловьевой Е. В. не отмечалось — она была правильно ориентирована в ситуации и окружающих ее лицах, сохраняла с ними адекватный речевой контакт, ее действия были последовательными, целенаправленными и не обуславливались какими-либо психотическими переживаниями. В настоящее время Соловьева Елена В. также способна осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. По своему психическому состоянию она может самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве, может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать показания. В принудительных мерах медицинского характера не нуждается.

*А. Ю. Никандров, Е. А. Феськова,  
Т. Ю. Максимова*

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ НПА РОССИИ

**СОЛОВЬЕВА Елена В.**, 1972 г. рожд., проживающая в г. Новосибирске, освидетельствована комиссией специалистов НПА России по ее просьбе в связи с несогласием с установленным ей диагнозом при проведении судебно-психиатрической экспертизы.

Проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование.

На комиссию представлены ксерокопии следующих документов:

1) постановление о назначении амбулаторной судебной психиатрической экспертизы от 2 августа 2007 г. ст. следователя СО при УВД по Советскому району г. Новосибирска капитана юстиции О. А. Кукиля;



2) заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов) от 21.08.2007 первичной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, проведенной в Новосибирском областном государственном центре судебной психиатрии;

3) заключение психолога ПНД по результатам экспериментально-психологического обследования Соловьевой Е. В. от 08.08.2007;

4) справка из консультативно-диагностической поликлиники г. Новосибирска от 16.07.2007 г.; о том, что Соловьева Елена В., 1972 г. рожд., наблюдалась у детского психиатра с 03.12.1980 по 17.09.1985 с диагнозом “вялотекущая шизофрения” и с того времени за помощью не обращалась;

5) справка консультативно-диагностической поликлиники г. Новосибирска о том, что Соловьева Е. В. “не состоит на учет у психиатра с 1984 г.”;

6) характеристика-рекомендательное письмо преподавателя истории и обществознания Соловьевой Елены В. от 31.08.2004;

7) рекомендация-характеристика учителя музыки средней школы Новосибирска Соловьевой Елены В.;

8) характеристика выпускницы ДМШ;

9) представление декану исторического факультета НГПУ по поводу Соловьевой Е. В. от 22 мая 1992 г.;

10) характеристика Соловьевой Елены В., ученицы школы № 15;

11) характеристика Соловьевой Е. В. зам. директора МОУ СОШ от 12.11.2007.

Жалоб на самочувствие не предъявляет.

**Анамнез** (со слов освидетельствуемой). Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в г. Новосибирске, единственный ребенок в семье служащих. Обстановка в семье родителей была спокойной. Мать — учительница, по характеру общительная, активная, “светская”. Отец — доктор физико-математических наук; малообщительный, поглощенный своим делом, любит порядок.

Освидетельствуемая родилась в срок, от нормально протекавшей беременности и родов. В раннем детстве развивалась по возрасту. Была спокойной, не очень общительной, девочку не баловали, объясняет это определенным порядком в семье, который был регламентирован отцом и который не нарушали. До школы любила играть в кубики, в конструктор, читать (читала с 4,5 лет), если играла с детьми во дворе, то это так же была “производительная деятельность — играли в огород”. Немного посещала детский сад, быстро привыкла.

В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, легче давались гуманитарные предметы, но точные были интереснее. Впоследствии была переведена во французскую спецшколу и одновременно училась в музыкальной школе. Из школьной характеристики следует, что Е. В. Соловьева “нормально училась, проявляла заинтересованность в делах класса, охотно выполня-

ла общественные поручения. Вела себя разумно, адекватно, не проявляла нескромности и зазнайства”. С третьего класса девочка стала работать в историческом музее школы, а с четвертого класса самостоятельно проводила экскурсии в школьном музее.

После окончания 8 классов Соловьева Е. В. поступила в музыкальное училище на педагогическое отделение. Окончив училище, в течение года работала учителем музыки в своей школе, работа нравилась, в коллективе отношения были хорошими, но она решила продолжить свое образование и на педсовете получила рекомендацию для поступления в ВУЗ. С 1992 по 1997 гг. Соловьева училась в Новосибирском государственном педагогическом университете на историческом факультете. После окончания НГПУ она год работала в школе, уволилась после рождения дочери. Впоследствии работала корректором в коммерческих печатных изданиях, редактором газеты, внештатным корреспондентом, устраивалась так, чтобы уделять достаточно внимания семье. Характеризует себя как человека склонного к индивидуальной интеллектуальной работе, но трудностей в контактах никогда не испытывала, умела ладить с людьми.

Замужем с 1995 года, семейной жизнью довольна, проживают в двухкомнатной отдельной квартире, имеют общих друзей. В 1998 г. родилась дочь, беременность и роды у Е. В. Соловьевой протекали нормально, в послеродовом периоде чувствовала себя хорошо.

Из перенесенных заболеваний отмечает только простудные заболевания. Наблюдение у психиатра в детстве отрицает, объясняет записи психиатра в ее детской амбулаторной карте активностью матери в плане расширения жилплощади.

Соловьева узнала о том, что у нее стоит психиатрический диагноз только в ходе следствия, когда против нее было возбуждено уголовное дело по обвинению в самоуправстве в связи с попыткой предотвратить вырубку леса. Тогда она самостоятельно обратилась в ПНД, где после обследования ей поставили диагноз: “акцентуация личности по истерическому типу, невротоподобные и психопатоподобные расстройства в пубертатном периоде (по амбулаторной карте)”. 21.08.2007 г. в рамках уголовного дела Соловьевой Е. В. была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Комиссия экспертов пришла к выводу, что у нее имеется истерическое расстройство личности. Она не согласна с данным заключением и обратилась в НПА России с просьбой провести ей комиссионное освидетельствование.

**Психическое состояние.** Выглядит моложе своего возраста. Одет просто, неброско. Во время беседы чаще смотрит в сторону, мимика не яркая, несколько монотонная. Ни на один вопрос не ответила кратко и прямо, ответы многословны, часто не четкие, витиеватые, склонна к рассуждательству. Совершенное правонарушение объясняет понятным, логичным об-



разом, вытекающим из ее предшествующего поведения. Речь сопровождается жестами, но не яркими, а мелкими, невыразительными, несколько угловата. Формальна в беседе. Эмоционально очень сдержанна.

**Экспериментально-психологическое исследование** (тест Роршаха, методики запоминания 10 слов, пиктограммы, исключение предметов, простые аналогии, сравнение пословиц), выявило высокий уровень психической активности и продуктивности, которые сочетаются с тенденцией к нечеткости познавательных процессов, конкретности и эгоцентричности мышления; в интеллектуальной сфере отмечается сочетание некоторой переусложненности с трудностями формулирования своих мыслей. Отмечаются и другие противоречия: так, например, в пиктограмме ссылаются на неумение рисовать, в то же время рисунки очень сложные, подробные, с большим количеством действующих лиц, предметов, деталей; выраженная тенденция к формальности сочетается с исключительно конкретными личностно значимыми рисунками. В восприятии отмечается внимание к необычным деталям (по данным теста Роршаха), которые встраиваются в хорошо разработанные, порой оригинальные комбинированные образы, что указывает на высокие творческие возможности, нестандартность мышления и поведения.

Эмоциональная сфера характеризуется излишним стремлением сдерживать эмоции, что может приводить к эмоциональным всплескам, особенно с учетом выраженной оппозиционности и стремления идти навстречу опасности. Отношения с людьми отличаются недостаточной дифференцированностью, некоторой формальностью, однако какой-либо напряженности или настороженности не выявляется.

Выводы экспертов относительно того, что Соловьева Е. В. “обнаруживает психическое расстройство в форме истерического расстройства личности” противоречат содержательной части заключения, в которой не описано никаких истерических проявлений.

Согласно МКБ-10, расстройства личности — это “клинически значимые состояния поведенческих типов, которые имеют тенденцию к устойчивости и являются выражением характеристик, свойственных индивидууму стиля жизни и способа отношения к себе и другим. Обычно они появляются рано в процессе индивидуального развития как результат влияния конституциональных факторов и социального опыта”. Установленное экспертами у Соловьевой Е. В. “истерическое расстройство личности” попадает в группу специфических расстройств личности”, под которыми понимается у *“тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Личностное расстройство возникает обычно в позднем*

*детстве или подростковом возрасте и продолжается проявляться в периоде зрелости”*.

Таким образом, исходя из этого определения и утверждения экспертов, у Соловьевой Е. В. в подростковом возрасте сформировалось “расстройство личности”, которое должно было проявиться в форме личностной и социальной дезинтеграции.

Между тем, согласно представленным Соловьевой характеристикам из общеобразовательной и музыкальной школы, в детстве она была “скромна, приветлива, заступалась за обиженных, пользовалась уважением взрослых и детей, не замыкалась в себе.... Но и не стремилась привлечь к себе всеобщее внимание. Всегда имела свое мнение, не боялась высказать его при всех”, “вела себя разумно, адекватно,... несмотря на успехи в деятельности экскурсовода, ... не проявляла нескромности и зазнайства, всегда была доброжелательна и хорошо ладила ... со старшими и более младшими по возрасту”., Впоследствии, работая учителем музыки в средней школе, она — “трудолюбивый, увлеченный и ищущий педагог”, с “дружелюбным характером” “безотказно и с энтузиазмом выполняет любое дело”. Рекомендую Соловьеву для поступления в ВУЗ, коллеги и руководство отмечают ее “инициативность, целеустремленность, высокую требовательность к результатам работы”, что впоследствии и подтверждается после окончания ВУЗа, когда она начинает работать учителем истории и характеризуется как “спокойный доброжелательный человек, творческий, трудолюбивый и ответственный”. Никаких указаний на какие-либо неудачи, конфликты, нарушения социальной адаптации ни в представленных характеристиках, ни в заключении экспертов не содержится. Наоборот, везде описана успешная, инициативная, целеустремленная и во всех отношениях благополучная женщина. Соловьева вышла замуж и родила дочь, имеет благополучную семью, работает внештатным корреспондентом, оставляя время для занятий с дочерью и помощи мужу. Единственная жизненная неудача — возбужденное против нее уголовное дело — выглядит как нелепая случайность и насмешка судьбы и отражает проявление ее самостоятельности, независимости, стремления отстаивать свои жизненные ценности.

Согласно МКБ-10 истерическое расстройство личности (F 60.4), которое, по мнению экспертов, характеризуется следующими особенностями:

- а) самодраматизация, театральность, преувеличенное выражение эмоций;
- б) внушаемость, легкое влияние окружающих или обстоятельств;
- в) поверхностность и лабильность эмоциональности;
- г) постоянное стремление к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой человек находится в центре внимания;

д) неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;

е) чрезмерная озабоченность физической привлекательностью.

Дополнительные черты могут включать эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, легкость обиды и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей.

Эксперты не описали ни одного из этих качеств, поскольку они отсутствуют у Соловьевой. Их указание в выводах на “повышенную эмоциональность, эксцентричность, черты театральности в поведении, категоричность в суждениях” Соловьевой выглядят неубедительно, поскольку в содержательной части заключения не приводится ни одного примера подобного поведения. Во время настоящего экспериментально-психологического и клиничко-патологического исследования ни демонстративности, ни театральности, ни повышенной внушаемости, ни чрезмерно ла-

бильной эмоциональности, ни стремления быть в центре внимания, ни какой-либо “обольстительности” или озабоченности своей физической привлекательностью обнаружено не было. Наоборот, Соловьеву скорее можно упрекнуть в недостаточном внимании к своей внешности, отсутствию интереса к тому, какое впечатление она произведет на окружающих, недостаточной гибкости поведения и “тусклой” эмоциональности.

Таким образом, **проведенное комплексное психолого-психиатрическое освидетельствование и анализ заключения экспертов позволяют прийти к выводу, что Соловьева Елена истерическим расстройством личности не страдала и не страдает. Какого-либо психического заболевания не обнаружено. Имеющиеся особенности личности укладываются в вариант нормы.**

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

## ЧТО ПОДДЕРЖИВАЕТ КАРАТЕЛЬНУЮ ПСИХИАТРИЮ

Елена Соловьева (Новосибирск)

В наше время разновидности “карательной психиатрии” по-прежнему существуют — прежде всего, в форме принудительных освидетельствований в ходе следствия.

### Врач докладывает следователю...

Если вы являетесь подозреваемым или обвиняемым, следователь в обязательном порядке посылает запрос в поликлинику по месту жительства, чтобы выяснить, не стояли ли вы когда-нибудь на учете у психиатра. Если вы думаете, что такое возможно только в случае следствия по делу маньяка-убийцы, то заблуждаетесь — запрос делается *при любом возбуждении уголовного дела*, даже самого незначительного — например, в случае ДТП. В каждом городском районе за неделю совершается несколько сотен правонарушений. Примерно в половине случаев открываются уголовные дела на конкретных подозреваемых. Таким образом, между милицией и районным психоневрологическим диспансером (далее ПНД) постоянно ведется переписка. Надо думать, некоторые отделения милиции попросту располагают базой карточек диспансера.

На практике *карточки хранятся пожизненно*. И если вы, не приведи господи, попадете в то же ДТП, главврач, согласно ч. 3 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.93 № 5487-1, выдаст следователю справку о том, что в такие-то годы вы обращались к врачу по поводу таких-то проблем. В свою очередь, ответ врача будет достаточным

основанием, чтобы, в порядке ст. 195 УПК, отправить вас на принудительную амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу (далее СПЭ). Сколько десятилетий ваша карточка пылится в архиве, неважно — главное то, что вы наблюдались у врача. Следует заметить, что, согласно ст. 196 УПК, поводом для принудительного освидетельствования является не только факт обращения к психиатру в прошлом, но и... обоснованное следователем сомнение в психической полноценности человека.

### Врачебная тайна — для всех?

Справку от врача ПНД с указанием диагноза, равно как и многостраничное заключение судебно-психиатрической экспертизы, в обязательном порядке подошьют к делу. В свою очередь, *каждый участник уголовного процесса имеет право ознакомиться со всеми страницами дела без исключения, а также снять с них копии любым способом*. Таким образом, эти сведения становятся известными лицу, подавшему на вас жалобу (например, участнику ДТП) и другим подозреваемым, привлеченным по тому же делу, причем, согласно ст. 161 УПК, участники уголовного судопроизводства обязаны хранить в тайне материалы следствия только до окончания предварительного расследования. Подсчитайте навскидку: сколько раз вам попадались заметки в прессе о том, что кто-то из обвиняемых стоял на учете у психиатра? Увы, такие публикации систематически появляются, и никто за них ответственности не несет.

### Человек или животное?

Если спросить у наших законодателей, кем является обвиняемый — человеком или животным — вам, безусловно, ответят: конечно же, человеком, пользующимся всеми правами, предоставляемыми Конституцией. К сожалению, совсем иное впечатление складывается, когда читаешь стандартные заключения судебно-психиатрических экспертиз, сотнями и тысячами подшиваемые к делам в каждом городе ежегодно.

В них даются подробные сведения о семье, о родственниках, страдавших психическими и соматическими заболеваниями. Описывается характер взаимоотношений в семье (т.е. затрагиваются интересы третьих лиц, непричастных к делу!). Если, например, известно, что освидетельствуемого в детстве оскорбляли, били, описывается, кто и как именно.

Обязательно отмечается, от какой по счету беременности родился испытуемый (выкидыши, аборт перечисляются), был ли он доношенным. Чем болел за всю жизнь (имеются в виду не только психические расстройства). Описываются взаимоотношения в школе, успеваемость, поведение. Не имеющие никакого отношения к рассматриваемому уголовному делу детские ночные страхи, энурез, моргание, заикание, онанизм муссируются самым тщательным образом.

Далее пересказывается трудовой путь освидетельствуемого с причинами каждого увольнения. Дается описание внешнего вида испытуемого и того впечатления, которое он произвел на психиатра: “телосложения астенического, недостаточного питания. Кожные покровы местами покрыты угревой сыпью, следов повреждения нет... выглядит старше своего паспортного возраста... обращают на себя внимание элементы “подросткового” стиля в одежде... демонстративность суждений, декларативность высказываний. В начале беседы держится настороженно... в контакт вступает постепенно... фон настроения заметно повышается в ответ на внимание врачей... живо сообщает о своем изумлении, когда от следователя узнала о том, что в детстве состояла на учете у психиатра, утверждает, будто о наличии карточки не знала”. Это цитата из текста СПЭ семейной женщины, матери, преподавателя.

А как вам цитата из типового постановления о назначении СПЭ? “В распоряжение эксперта предоставить: 1) настоящее постановление; 2) Лаврову Юлию Федоровну, 12.07. 1968 г.р...”.

Спрашивается, что чувствует, думает человек, прошедший через принудительное освидетельствование? Будет ли он уважать государство, подвергнувшее его такому унижению? Большая часть уголовных дел закрывается еще на этапе следствия, а тяжелая моральная травма — насильственное вторжение в

святая святых его личности и клеймо “психически больной” — остается с человеком на всю жизнь.

### Кому выгодны освидетельствования

Прежде всего, правоохранительным органам. Когда вменить в вину нечего, в ход идет экспертиза. Дескать, человек больной — значит, он и является виновником ДТП, драки и любого другого инцидента. Экспертиза является палочкой-выручалочкой и в случае, если человек энергично защищает свои права, подает жалобы на правоохранительные органы. Ясно, что после освидетельствования он ни за что не пригласит на судебное заседание журналистов и представителей общественности, не будет привлекать к своему делу лишнего внимания, ведь на суде прокурор будет зачитывать первую страницу обвинительного заключения, на которой (на самом видном месте и более крупным шрифтом!) размещаются самые “пикантные” выдержки из медицинской карточки.

Дискредитация граждан при помощи возбуждения надуманных уголовных дел ради получения повода для освидетельствования является излюбленной тактикой чиновников, интересы которых задевают активные представители общественности. Так, например, милиция новосибирского Академгородка сделала запросы в ПНД насчет заведомо дееспособных и вменяемых граждан — научных работников и преподавателей, активистов движения против вырубки лесопарковой зоны, а главврач местного ПНД “взял под козырек” и, не обнаружив указанных фамилий среди стоящих на учете, предпринял поиски в архиве — вплоть до 1980 года...

Обнаружить у испытуемого хотя бы легкое психическое расстройство выгодно и судебным экспертам. Во-первых, врачу всегда удобнее найти болезнь, чем констатировать ее отсутствие, ведь его квалификация определяется “проницательностью”. Во-вторых, руководство экспертного учреждения боится сокращения штатов и, соответственно, финансирования, в случае, если “заказов на освидетельствования” будет мало. Ведь милиция может при желании отправлять туда каждого второго, а может никого. Таким образом, врачам выгодно предугадывать все желания “заказчиков”. Это, собственно говоря, несложно, поскольку уголовные дела предоставляются психиатрам. Далее алгоритм простой: если речь идет о тяжком преступлении, врач “помогает следствию” — пишет, что преступник здоров, чтобы не ушел от ответственности (да и зачем больницам лишняя морока с таким контингентом?). Если же речь идет о чем-то малозначительном или обвиняемый упорно доказывает нарушения со стороны правоохранительных органов, значит, надо найти заболевание.

Симбиоз правоохранительных органов и психиатрии выгоден и руководству диспансера. Согласно Положению об амбулаторной судебно-психиатрической

экспертной комиссии от 05.12.1985 № 06-14/30, материалы СПЭ в обязательном порядке направляются в диспансер по месту жительства. Таким образом, в диспансере появляется новый “пациент”. Главврач диспансера доволен: милиция поставляет его учреждению “больных”, и он может быть уверен, что введенное ему учреждение не подвергнется сокращению, и вообще — чем больше “больных”, тем больше финансирование. Даже если уголовное дело закрывается за полной несостоятельностью, к диспансеру это не имеет никакого отношения — человек-то все равно “болен”. Милиция выявляет и поставляет в ПНД “больных”, а ПНД верноподданнически предоставляет свои хранящиеся десятилетиями материалы. Заметим, что любому ПНД очень выгодно иметь как можно большее число фиктивных больных, которые на деле таковыми не являются — возни с ними никакой, а количественная отчетность в порядке.

### Диагноз? Нет проблем!

В международных классификаторах болезней DSM-IV и МКБ-10 описаны 374 расстройства — под любой тип личности что-нибудь да найдется. Кроме того, существует четыре стандартных лазейки, с помощью которых всегда можно “сообразить” диагноз.

1) Психиатры записывают только ответы освидетельствуемых, не упоминая о том, какие были вопросы. Например, испытуемому даются задания: “Дайте краткое определение, что есть добро и зло”, “охарактеризуйте себя одной фразой” и т.п. Человек выполняет задание. В результате, в заключении появляются записи: “Испытуемый рассуждает о добре и зле” (якобы ни с того, ни с сего!); “Помолчав немного, испытуемый сказал: “Я — человек, имеющий цель в жизни” (о соответствующем вопросе — ни слова).

2) Даются абстрактные утверждения, не подкрепленные никакими примерами: “Общается формально”, “эмоционально уплощен”, “высказывания демонстративны и категоричны”, “эмоционально лабилен” и т.п.

3) Приводится тенденциозное описание внешности освидетельствуемого: “Одет вызывающе” (как именно, не объясняется, фотографии не приводятся), “взгляд упрямый”, “выражение лица высокомерное”.

4) Психиатры умело вызывают у людей гнев, страх, смущение, выискивая в их биографии болезненные для них эпизоды — отношения с родителями, развод, увольнение и т.п., а также с помощью странных действий, вопросов. Например, врач встречает испытуемого молчанием и в течение минуты неотрывно смотрит ему в глаза. Затем следует вопрос: “Зачем вы здесь?” и т.п.

Опротестовать заключение СПЭ можно только в случае, если вас признали недееспособным. Все прочие выводы, какими бы они ни были бредовыми и оскорбительными для вашего достоинства, суд не ин-

тересуют, поскольку прямого отношения к вашей способности отвечать по закону не имеют. В связи с этим, настоять на переосвидетельствовании невозможно. Опровергнуть ложный диагноз нигде. Единственная инстанция, где можно пройти независимое освидетельствование, — это Независимая психиатрическая ассоциация в Москве, но это не государственное учреждение, а общественная организация, и ее заключения имеют скорее не юридическое, а моральное значение. К сожалению, государственный контроль за деятельностью любых психиатрических учреждений фактически отсутствует.

Спрашивается, почему закон настаивает на обязательном присутствии защитника на всех допросах подозреваемого, но обязательного присутствия защитника на СПЭ закон не предусматривает? Кроме того, проблему добросовестности освидетельствований могло бы решить принятие положения о праве обвиняемого на производство видеозаписи с помощью доверенных лиц, например, защитников.

### Нужны ли экспертизы правосудию?

Согласно уже упомянутому Положению об амбулаторной СПЭ-комиссии, ее задачей является получение ответа на вопросы: “Вменяем или невменяем?” и “Может ли нести ответственность за свои поступки или не может?”. Что касается любых диагнозов, не подвергающих сомнению вменяемость, *суд они не интересуют и на его решение никак не влияют!* Спрашивается, для чего российские граждане по мановению руки районного следователя, направляются на “принудительную исповедь”? Очевидно, что в тех редких случаях, когда действительно можно усомниться во вменяемости человека и в его способности давать показания по существу, принимать решение о его освидетельствовании должен суд, а не работник милиции!

Во всех остальных случаях проводить СПЭ следует только после вынесения судом решения о виновности гражданина, чтобы установить меру ответственности. Но даже при этом за человеком должно оставаться право не отвечать на все вопросы психиатров. Кроме того, должна быть гарантия, что отказ отвечать не повлечет за собой “диагноза” за молчание. Основанием для этого требования является ч. 1 ст. 51 Конституции РФ, которая гласит: “Никто не обязан свидетельствовать против себя самого”, а также ч.3 ст.29 Конституции: “Никто не может быть принужден к выражению своих мнений и убеждений или отказу от них”. Иначе говоря, согласно Конституции, “принудительные исповеди” незаконны.

### Законодательные противоречия

Практика принудительных СПЭ на этапе следствия является формой дискриминации больных людей,



а также нарушением как международных норм о правах человека, так и российского законодательства. Помимо уже упомянутых статей, это п. 1–2 ст. 21, п. 1–2 ст. 23, п. 1 ст. 24 Конституции РФ. Следует вспомнить также п. 1 ст. 9 УПК РФ “Уважение чести и достоинства личности”, Указ Президента РФ от 06.03.1997 № 188 об утверждении перечня конфиденциальной информации, а также ст. 28 ФЗ Об экспертной деятельности. Последняя гласит: “Круг лиц, которые могут быть направлены на судебную экспертизу в принудительном порядке, определяется процессуальным законодательством Российской Федерации. В случае, если в процессуальном законодательстве Российской Федерации не содержится прямого указания на возможность принудительного направления лица на судебную экспертизу, государственное судебно-экспертное учреждение не вправе производить судебную экспертизу в отношении этого лица в принудительном порядке”. При этом *прямого указания на возможность принудительного направления на СПЭ в УПК не содержится* — п. 4 ст. 195 обходит этот вопрос молчанием.

Наконец, практика СПЭ ставить испытуемым диагнозы на основании лишь факта обращения к врачу в прошлом и совершения ими противоправных дейст-

вий (что, кстати, еще не подтверждено судом), является нарушением Принципов защиты психически больных лиц, провозглашенных ООН 17.12.1991.

Согласно п. 7 ч. 2 ст. 29 УПК, передача медицинской карточки в руки следователя без решения суда незаконна, поскольку “только суд вправе выносить решение о выемке предметов и документов, содержащих охраняемую федеральным законом тайну” (например, материалы, содержащие врачебную тайну). Тем не менее, врачи заявляют: “То, что написано в Конституции, УПК и других законах нас не касается — мы руководствуемся п. 3 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, а там написано: “Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина... допускается... *по запросу органов дознания и следствия* и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством”.

Таким образом *корнем проблемы является п. 3, ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан*, противоречащий Конституции и УПК РФ. Именно этот пункт является “прорехой” в законодательстве, дающей возможность для злоупотребления медицинской информацией.

## ПОЗДРАВЛЯЕМ

**“Московский психотерапевтический журнал”  
с 15-летием**

и давно заслуженно наградой —

**“Золотой Психеей”**

на конкурсе отечественных психологических журналов

## РЕКОМЕНДУЕМ

этот интереснейший содержательный и практически важный журнал психиатрической аудитории,

в частности спец. выпуск за 2006 г. № 4

**“Экстренная психологическая помощь”**

Заказать и приобрести журналы за 1999 – 2007 гг.

можно в редакции журнала: Москва, Сретенка, 29, каб. 305;

тел.: (495)632-9212; E-mail: [npj@list.ru](mailto:npj@list.ru).

*Подписные индексы Роспечати 36066, 36067*

## Обзор избранных публикаций “Журнала Американской академии психиатрии и права”

(The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, v. 36, # 1, 2008)

В номере две редакционные статьи. Первая касается принятого недавно в штате Мичиган закона, устанавливающего **необходимость для всех лиц, поступающих на работу в психиатрические учреждения**, финансируемые штатом, подвергаться обязательно дактилоскопированию и **проверке на предмет привлечения к уголовной ответственности в прошлом**. Закон, рассматривающий пациентов с психическими расстройствами, как одну из наиболее уязвимых, зависимых и нуждающихся в посторонней помощи групп населения, имеет целью гарантировать, чтобы те, кто лечит, не представляли опасности для тех, кого лечат.

Авторы статьи (Kara Zivin, Rachel Nosowsky, Duane DiFranco, et al.) предлагают существенно ограничить сферу действия упомянутого закона. По их мнению, подобного рода проверки должны проводиться лишь в отношении лиц, работа которых будет связана с оказанием помощи ограниченной группе психиатрических пациентов, а именно, длительное время находящимся в психиатрических стационарах больным с тяжелыми психическими расстройствами; в противном случае изоляция и стигматизация психиатрии будет лишь нарастать.

Автор второй редакционной статьи — Kevin Sullivan, член совета директоров NAMI<sup>1</sup>, в недавнем прошлом — руководитель Законодательного собрания штата Коннектикут и “Национальный законодатель года” по версии Американской психиатрической ассоциации. Представляется, что обсуждаемые им вопросы могут найти резонанс и здесь, в России, как в обеих профессиональных психиатрических организациях — Независимой психиатрической ассоциации России и Российском обществе психиатров, так и среди групп поддержки психиатрических пациентов. В сущности, статья Mr. Sullivan представляет собой развернутый ответ на два вопроса: (1) **что необходимо сделать, чтобы наш голос был услышан теми, кто принимает политические решения?** (2) **как нам**

**наиболее эффективно заявлять, продвигать, отстаивать и реализовывать свои интересы?**

Сравнивая процесс поиска благоприятных возможностей для успешного продвижения профессиональных интересов с серфингом, автор пишет: “Если вы не готовы грести, когда приходит большая волна, вам не прокатиться на ней. Как и серферам, нам нужен опыт, подходящая экипировка, умение отличать маленькую волну от большой и терпение в ее ожидании... Есть, тем не менее, и одно отличие: эффективные политические серферы должны знать как создавать волны”.

Как отмечает автор, в кризисные периоды политические волны могут приходиться совершенно неожиданно, и в этом случае “средства массовой информации — наши друзья и нам, действительно, следует тратить гораздо больше времени, рассказывая о проблемах психиатрии тем, кто информирует общество и политических деятелей о происходящем”.

Другие политические волны предсказуемы и связаны с периодами национальных выборов и смены руководства. Это время, по мнению автора, является наиболее благоприятным для того, чтобы задавать политикам вопросы и быть услышанными: “Если мы не задаем вопросов и не информируем о состоянии психиатрической помощи, тогда у тех, кого мы выбираем, не будет ни политических ответов на интересующие нас вопросы, ни ощущения политических обязательств в отношении нас. Более того, если мы не готовы, не собраны, некоммуникабельны, и недостаточно настойчивы, волна может пройти мимо нас”.

Не следует упускать из виду особенности обработки человеческим мозгом политической информации. Автор в связи с этим приводит слова Dr. Western — политического психолога из Emory University, писавшего, что мозг политика — “эмоциональный мозг, а не бесстрастная вычислительная машина, объективно ищущая точные факты и принципы для принятия обоснованных решений”. Те, кто ограничивает себя лишь изложением точных фактов и рациональных доводов, проигрывают в соревновании за политический резонанс, стимулирующий и формирующий общественное мнение и официальную политику. По мнению автора, в общественной жизни (как, впрочем, и в повседневной) вряд ли можно добиться большого

<sup>1</sup> NAMI — the National Alliance on Mental illness — крупнейшая в США организация, осуществляющая помощь, поддержку, обучение и защиту людей с психическими расстройствами и их семей. Основана в 1979 г., имеет отделения во всех штатах ([www.nami.org](http://www.nami.org)).

успеха полагаясь исключительно на разум и логику. Слова, образы, эмоции, яркие выпады в адрес противника, индивидуальная выразительность и энергия являются движущей силой политических дискуссий. Автор ссылается также на недавнее исследование Dr. Weisleder, показавшее, к примеру, что законодатели штата, решая один из важных вопросов, относящихся к сфере психического здоровья, практически не принимали во внимание имеющиеся надежные научные и клинические данные (подробнее об этой интересной работе Dr. Weisleder см. НПЖ 2007, № 4, 63 – 64). “Несовершенный выбор из несовершенных предметов выбора, основывающийся на несовершенной информации в несовершенных обстоятельствах, — так характеризует автор работу законодателей и продолжает, — **иногда они подгоняют решения к проблемам, иногда — проблемы к “решениям”,** но делают это, главным образом, произвольно и ненадолго”.

Автор утверждает, что психиатрам и организациям, оказывающим помощь психиатрическим пациентам, следует при общении с политиками и законодателями больше говорить не о проблемах (болезни), а о возможностях и перспективах (здоровье), т.к. *люди, принимающие политические решения, хотят не столько “лечить”, сколько “решить” проблему.* По мнению автора, следует быть особенно внимательными при выборе образов, с помощью которых психические болезни представляются нами обществу. То же касается и языка, на котором коллеги говорят с обществом и властью: даже наиболее убедительные аргументы могут легко потеряться в излишней “профессионализации” языка.

Автор полагает также, что “выстраивание мостов”, т.е. создание и поддержание взаимоотношений и формирование коалиций с организациями, имеющими общие или близкие интересы, является не менее важным, чем выстраивание аргументов. Коалиция увеличивает влияние, политический вес, силу воздействия. Коалицию труднее игнорировать.

В то же время, как замечает автор, взаимоотношения — это ведь и кто кого знает, кто с кем говорит, кто кого слушает, и **лучше повременить с важным вопросом, чем поднимать его в неподходящих обстоятельствах.** В конечном итоге, личностный компонент во взаимных отношениях часто перевешивает рациональный или институциональный. Установление связи с тем, что уже есть в сердцах, умах, душах политиков позволяет оказывать на них более эффективное влияние.

Как бы то ни было, для того, чтобы быть успешными в достижении своих целей, организации, заинтересованные в улучшении системы психического здоровья, должны, по мнению автора, “войти в политические воды” и не просто пассивно ожидать прихода большой волны, но и прилагать усилия для ее создания.

В разделе Биография представлена статья “**Jeffrey S. Janofsky** — 34 президент Американской академии психиатрии и права”. Автор — Dr. J. Rappoport.

Заслужить статью о своей профессиональной деятельности в журнале AAPL — почетно для любого психиатра. Вдвойне почетно, когда такая статья написана Dr. Jonas. R. Rappoport — “патриархом” американской судебной психиатрии, основателем и первым президентом AAPL.

“За более чем 35 лет преподавания я научился распознавать незаурядных студентов с качествами будущих лидеров судебной психиатрии. С самого начала наших отношений стало очевидно, что он [Dr. Janofsky] чрезвычайно вероятно является одним из таких студентов. Он был умен, мягок, вежлив, любознателен, работоспособен, и что еще важнее, ему очень нравилась судебная психиатрия... Я был уверен, что он будет лидером... Он — один из лучших, кто обучался у нас”, — пишет Dr. Rappoport о своем ученике.

Dr. Janofsky оправдал ожидания учителя. Он создал качественную программу по психиатрии и праву и курс по психиатрии, праву и этике в Johns Hopkins University. Он также является одним из директоров программы по судебной психиатрии в университете штата Мэриленд.

Академические интересы Dr. Janofsky фокусируются на изучении различных групп правонарушителей с психическими расстройствами, оценке способности испытуемых принимать решения в уголовном процессе, психиатрической этике.

Что касается последней темы, то **его недавние публикации внесли существенный вклад в разработку совместной позиции Американской академии психиатрии и права и Американской психиатрической ассоциации по важному для психиатрического сообщества этическому вопросу — вопросу о моральной допустимости для психиатра использовать свои профессиональные знания для повышения эффективности проводимых правоохранительными органами и разведывательными службами “жестких” допросов лиц, арестованных по обвинению в террористической деятельности. Обе организации однозначно заявили, что подобные действия психиатров являются нарушением профессиональной этики.**

Автор отмечает важную роль Dr. Janofsky в укреплении AAPL, как профессиональной организации американских судебных психиатров, его эффективную работу в обществе психиатров штата, в Американской психиатрической ассоциации.

“Он любит театр, плавание, танцы, но, к моему разочарованию, равнодушен к рыбалке, пишет Dr. Rappoport, — за исключением этого недостатка, он — один из лучших, с кем я имел честь работать”.

В разделе Специальные статьи помещена работа Dr. A. Felthous “Воля: от метафизической свободы к нормативному функционализму”. Значительную ее

часть занимает анализ концепции “свободной воли” (free will) в исторической перспективе, начиная с Аристотеля, различавшего действия произвольные и непроизвольные, к Пелагию, учившему, что Бог наделил людей свободой выбора доброго и дурного и Св. Августина, полагавшему душу состоящей из трех взаимосвязанных компонентов: памяти, интеллекта и воли, где интеллект постигает добро и зло, а воля осуществляет выбор и реализует его.

В Средние века, как отмечает автор, сформировалось понимание воли, как самостоятельной, не имеющей отношения к интеллекту субстанции. Освобождение воли от связи с интеллектом привело к представлению, что, к примеру, развивающееся у человека тяжелое психическое расстройство, является следствием свободного выбора субъекта добровольно согласиться с желаниями нечистой силы. Душа при этом рассматривалась как пленница извращенной воли, наполняющей грехом физическое тело — для ее освобождения тело должно было быть предано огню.

В период позднего Ренессанса получил распространение чисто детерминистский взгляд на свободу воли: мы осознаем наши действия, но не осознаем их истинные причины и обманываем себя, веря, что абсолютно свободно выбираем, как нам поступить в том или ином случае, тогда как наши поступки предопределены непрерывным рядом причин, уходящих в прошлое, и свободной воли не существует (Спиноза).

Эпоха Просвещения с ее поисками гармонии в отношениях человека и общества принесла с собой понимание невозможности объяснить поведение человека, исключительно материальными причинами. Моральные обязанности в отношении общества, вытекающие из принципа делать добро не только себе, но и другим, стали рассматриваться в качестве важного фактора, формирующего человеческое поведение (Кант). Личность способна подчинить себе свои естественным образом возникающие гедонистические устремления и поступать вопреки им ради пользы других. Свободная воля, в понимании Канта, — способность человека принимать во внимание общее благо и действовать соответственно.

Автор считает особо значимым вклад Шопенгауэра в развитие концепции свободной воли. Воля — “внутренняя движущая сила”, активирующаяся предметами и событиями окружающего мира, а точнее, нашим их восприятием. Шопенгауэр описывал три типа свободы воли, определяя каждый из них методом “от противоположного” — ограничениями свободы воли: моральными, физическими и интеллектуальными.

Интеллектуальная свобода воли имеет, с точки зрения автора, особое значение для судебных психиатров. Интеллект обрабатывает стимулы, получаемые из внешней среды. Каким бы ни был стимул к действию, свободное проявление воли не может реализоваться без включения в этот процесс когнитивных функций и сознания человека. Если когнитивные функ-

ции в достаточной степени нарушены, нарушается свободное волеизъявление, и наказывать преступника при таких условиях было бы несправедливо.

Шопенгауэр, как указывает автор, также развил представления о парциальной уголовной ответственности в случаях, когда интеллектуальная свобода хотя и не нарушена в полной мере, однако, ограничена, как например, в состоянии аффекта или интоксикации. “ Вне зависимости от того, принимаем ли мы шопенгауэровскую аксиому, что свободная воля не является результатом чего-либо, его описание интеллектуальной свободы и ее ограничений имеет отношение к феноменам, знакомыми судебным психиатрам”, — пишет автор и замечает, что, хотя в своей личной жизни коллеги вольны выбирать, какой религии или философской системе им следовать, в профессиональной деятельности они не должны выходить за рамки установленной опытным путем сферы естественной причинности. Метафизические, духовные и теологические объяснения лежат за пределами клинической или научной информации, на которую опирается судебный психиатр-эксперт.

Соглашаясь с утверждением, что право закладывает в основу способности отвечать за свои поступки не метафизическую свободную волю, но нормативные функции, автор напоминает, что сами эти функции (сознание, самоконтроль, рассудок, умысел) согласуются с естественной функцией воли. Право, постулируя интеллектуальную ответственность и способность действовать в рамках принятых правовых стандартов, не адресует вопрос, определялись ли действия человека метафизически свободной волей. Оно исследует более утилитарный вопрос: имелись ли у правонарушителя определенные функциональные возможности, и в частности, осознанность или способность сформировать преступный умысел? Такой подход к психической составляющей уголовной ответственности и другим, важным с правовой точки зрения психическим способностям, автор характеризует как нормативный функционализм. Нормативный в том смысле, что право, выбирая данную конкретную “высоту” для “планки” способности нести уголовную ответственность, предстать перед судом, признать себя виновным и др., устанавливает, в сущности, “стандарт” или “норматив” и для определяемого психиатрами психического функционирования, необходимого для реализации упомянутых способностей.

В то же время, как полагает автор, сказать, что уголовное право нормативно — правильно, но недостаточно. Стандарты могут быть спорны. Логическое обоснование необходимости наличия способности (нести ответственность, предстать перед судом и др.), вытекает из следующего постулата: от людей ожидается, что они будут делать то, что им позволено или то, что от них требуется: это справедливо как в случае



управления автомобилем, так и участия в судебном процессе.

Уголовная ответственность, однако, имеет дело со *способностью не совершить преступление*. Она наполняется содержанием тогда, когда имеется возможность, как формирования умысла, так и отказа от его формирования. Автор подчеркивает, что допущение естественно действующей воли придает смысл стандартам. Психопатия проявляется в нарушении волевых функций более, чем интеллектуальных. Однако влечет ли за собой психопатия уменьшенную уголовную ответственность — вопрос нормативный. Полагая подобный вопрос вопросом правовой политики государства, автор не затрагивает его в своей статье, отмечая лишь вскользь, что не всякое нарушение воли ведет к уменьшению ответственности.

Далее, определяя волю как способность человека контролировать и направлять свои поступки в процессе взаимодействия с внешней средой, он ведет нас в сферу нейрофизиологии и нейробиологии, обращая особое внимание на исследование нейробиологических и нейрофизиологических механизмов принятия решений и функционирования сознания.

Так же как различные структуры и нейронные круги обеспечивают функции различных типов памяти, различные части мозга вовлечены в различные аспекты принятия решений. Функциональные магнитно-резонансные исследования указывают на активную причастность миндалины к процессам формирования предвзятостей и предубеждений, а орбитальной и срединной префронтальной коры — к оформлению “рационального” ответа. Там, где необходимо решение, идущее вразрез с поведенческими тенденциями испытуемого, или где обнаруживается конфликт между “эмоциональным” ответом миндалины и “аналитическим” ответом префронтальной коры, включаются участки коры, локализующиеся в передней цингулярной извилине.

Недавние исследования сознания, как отмечает автор, дают основания полагать, что значительная часть того, что человек постоянно делает в повседневной жизни, от причесывания до поездки на работу, происходит без заметного направляющего влияния сознания и даже осознаваемые нами намерения могут “решаться” бессознательно или реализоваться в действии до того как мы осознаем их. В опубликованной еще в 1983 г. работе Libet, et al., (Libet B, Gleason EA, Wright EW, et al: Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness potential): the unconscious initiation of a freely voluntary act. Brain 106: 623 – 42, 1983), было показано отсроченное осознание уже начавшихся действий, что, по мнению автора, иллюстрирует факт отсутствия направления этих действий сознанием. Как пишет автор, хотя сам Libet не предлагал такого объяснения, процесс осознания может быть просто фиксацией того, что человек уже решил и сделал. Это напоминает возникаю-

щий во время просмотра кинофильма “эффект присутствия”, хотя фильм создан задолго до того времени, когда Вы его смотрите.

Функциональные МРИ свидетельствуют, что мотивационные функции локализируются билатерально в подкорковых структурах базальной части переднего мозга. Эти структуры могут быть доступны по кортикальному тракту через орбито-фронтальную и передне-цингулярную области. В качестве альтернативы, гиппокамп и миндалина могут вводить информацию в передний мозг субкортикально и, как это следует, например, из публикации 2007 г. в Science (Pessiglione M, Schmidt L, Dragarski B, et al: How the brain translates money into force: a neuroimaging study of subliminal motivation. Science 316: 904 – 6, 2007), доказательства неосознаваемой мотивации находят экспериментальное подтверждение.

В заключении автор, подчеркивая важность современных нейробиологических исследований, открывающих возможность более глубокого понимания материальных основ воли и ее функций, еще раз отмечает, что, хотя судебные психиатры могут с уважением относиться к различным религиозным интерпретациям свободной воли, они не должны руководствоваться ими в своей профессиональной деятельности.

В разделе “Регулярные статьи” находим материалы о частоте психических расстройств среди заключенных в штате Айова, а также три статьи, касающиеся программы **создания в структуре полиции штатов “антикризисных групп” — crisis intervention teams (CIT)**. CIT комплектуется из сотрудников полиции, **прошедших специальную (около 40 часов) подготовку по психиатрии**. Цель — обучение полицейских безопасному и эффективному обращению с правонарушителями с психическими расстройствами, **уменьшение количества арестов данной категории лиц за незначительные правонарушения**, снижение нагрузки на пенитенциарную систему, переполненную заключенными с активной психопатологической симптоматикой, совершившими преступления, не связанные с проявлением насилия и не относящиеся к категории тяжких.

Авторы первой из упомянутых статей (J. Oliva, M. Compton) подробно описывают программу CIT в штате Джорджия, ее цели, задачи, стоимость, источники финансирования, содержание занятий, практическое воплощение.

Во второй (авторы: M. Compton, M. Bahora, A. Watson et al) — рассматриваются вопросы, относящиеся к функционированию CIT на национальном уровне и оценке ее эффективности.

Третья — довольно едкий (и отлично написанный!) комментарий профессора психиатрии в медицинской школе Массачусетского университета Jeffrey L. Geller. “Ратовать за обучение полицейских вопросам, относящимся к психическим заболеваниям и психиатрическим службам — все равно, что хвалить

материнство или яблочный пирог. Кто может быть против? — пишет Dr. Geller и продолжает, — ... мы были свидетелями расцвета и упадка [психиатрических] больниц штатов, офороэктомии, тотального удаления зубов и лобэктомии (называю лишь немногое) для лечения душевнобольных... **Мы сместили баланс в системе: больница — местное сообщество** и, выполняя решение Верховного Суда США, уравнявшее “пребывание в обществе” с “интеграцией”, изменили основное место оказания [психиатрической] помощи, **единственным результатом чего стала значительно лучшая “интеграция” лиц с психическими расстройствами в тюремную систему. Нашим глупостям нет конца, потому что** вместо лечения психиатрических пациентов проверенными лечебными методами мы **скоропалительно следуем** новомодным сиюминутным изменениям в **социальной политике**”. Dr. Geller, указывая на ряд методологических погрешностей в исследованиях эффективности СИТ, пишет в заключении: “Для многих людей, получающих “пользу” от того, что их часто подбирает полиция, само по себе место, куда они затем доставляются — будь то тюрьма, приемное отделение психиатрической больницы или ночлежка — не имеет существенного значения. Вскоре они вновь окажутся на улицах и история повторится. Для слишком многих “СИТ” может просто означать “непрерывное вмешательство без лечения” (что по-английски звучит как *consecutive intervention without treatment* — “СИТ”).

В этом же разделе опубликована статья судебных психиатров и психологов из Великобритании (D. James, P. Mullen, M. Pathe, et al.) “**Нападения на Британскую королевскую семью: роль психотических расстройств**”.

Авторы анализируют 23 эпизода, имевших место в период с 1778 по 1994 г. 83 % нападавших — мужчины. Лишь двое из них были женаты. В 57 % случаев использовалось огнестрельное оружие. Только две атаки закончились причинением серьезного физического вреда: в 1868 г. сын королевы Виктории — принц Альфред был тяжело ранен выстрелом в спину при посещении Австралии, и в 1974 г. при попытке похищения принцессы Анны получили огнестрельные ранения два офицера службы охраны и двое прохожих, при этом сама принцесса не пострадала. В первом случае нападавший, несмотря на косвенные данные о наличии у него серьезного психического расстройства, не подвергался психиатрической экспертизе (как отмечают авторы, “вероятно из-за политического вмешательства”), был признан виновным и казнен. Во втором — был установлен диагноз бредовой шизофрении и правонарушитель помещен на принудительное лечение в психиатрическую больницу, где находится до настоящего времени.

По данным авторов, лишь очень небольшое число покушавшихся действительно намеревались убить того

или иного члена королевской семьи: в большинстве случаев их целью было привлечение общественного внимания к своим жалобам, обидам, допущенным в отношении их несправедливостям. При этом, даже в тех случаях (48 %), когда у атаковавших обнаруживались психические расстройства психотического уровня и возникал соблазн объяснения их поступков чисто психопатологическими мотивами, глубинное ядро мотивации атаки несло в себе реальные факты ущемления прав нападавших.

10 (43 %) из 23 атаковавших были помещены на принудительное лечение в психиатрические больницы, еще двое в последующем переведены в ПБ из тюрьмы. Вывод авторов: лица с психическими расстройствами, докучающие домогательствами видным политическим и общественным фигурам должны быть обеспечены контактом с психиатрическими службами, что поможет уменьшить риск совершения опасных действий.

Статья сопровождается комментарием Dr. G. Glancy — психиатра из университета Торонто (Канада). В ней, кроме прочего, Dr. Glancy предлагает собственную классификацию лиц, преследующих глав государств, известных политиков, звезд шоу-бизнеса, которая может оказаться небезынтересной для служб, обеспечивающих безопасность общественно-значимых фигур.

В этом же разделе находим публикацию (авторы: J. Matejkowski, S. Cullen, and P. Solomon) с результатами исследования 95 лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших убийства, признанных виновными и отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях в штате Индиана, а также комментарий к данной статье Dr. A. Friend.

Далее следует интересная статья, которую я бы озаглавил “Психотерапия надеждой”. Настоящее ее название “**Внесение надежды в лечебный процесс в судебной психиатрии** как способ противодействия безысходности и отчаянию” (*Instilling Hope into Forensic Treatment: The Antidote to Despair and Desperation*). Авторы: Marc Hillbrand, Ph. D. and John L. Young, MD. — преподаватели психиатрии из медицинской школы Йельского университета.

Авторы отмечают, что в отличие от соматической медицины, где укреплению надежды больного традиционно отводится заметное место, при лечении психических расстройств потенциальные возможности надежды пока что используются недостаточно, в особенности, в судебной психиатрии. Многие пациенты, находящиеся на принудительном психиатрическом лечении, испытывают на себе одновременное воздействие мощных и разнонаправленных сил. С одной стороны — отчаяние и безрассудное пренебрежение собой, с другой — надежда. Отчаяние — результат безнадежности и безысходности. Безрассудство — следствие отчаяния. Соединившись, они порождают насилие. По мнению авторов, важной целью лечебно-

го процесса в судебной психиатрии (речь идет о правонарушителях-пациентах, совершивших уголовно-наказуемые деяния, признанных неотвечественными, либо неспособными предстать перед судом и находящимся на принудительном психиатрическом лечении) является возрождение надежды. Надежда, побеждая отчаяние и безысходность, подрывает корни гнева и агрессии. Авторы отмечают, что надежда — главная тема “позитивной психологии” — нового направления в психологии, занимающегося изучением сильных сторон и позитивных свойств личности. В позитивной психологии она понимается как вера человека в собственную способность инициировать и поддерживать ведущие к цели действия, а также создавать пути для достижения цели.

Замечая, что надежда иногда приходит из самых необычных источников, авторы ссылаются на исследование К. Siegel and ИH Meyer (Aids Educ Prevent 11: 53 – 64, 1999), показавшее, что лица, реагирующие отчаянием и суицидальными мыслями на известие о положительных результатах HIV, завершали первый этапа лечения с большим чувством надежды, в сравнении с теми, кто реагировал без заметных эмоциональных проявлений. При этом Siegel and Meyer предположили, что лучший способ для терапевта облегчить процесс переработки пациентом информации — быть терпимым и поощрять пациента высказывать переживаемое им отчаяние и суицидальные мысли.

Как психотерапия может помочь возрождению надежды? — спрашивают авторы. И отвечают, что сама внутренняя организация психотерапевтического процесса способствует ее появлению. На еженедельных психотерапевтических сессиях выходят наружу болезненные воспоминания и скрытые мотивы поступков пациента: в результате ослабляется эмоционального напряжение и наступает большее умиротворение, по крайней мере, на оставшуюся часть недели. Каждое психотерапевтическое занятие, происходящее в точно указанное время, в точно назначенном месте порождает ожидание и надежду на будущую сессию. По мере того как пациенты учатся следить за своими эмоциями и контролировать их проявление, они могут представить себе как они делают то же самое и вне психотерапевтической группы. При закреплении такой способности может ожидать подобный же уровень контроля и вне больницы.

Как пишут авторы, роль надежды они в полной мере ощутили при работе с группой признанных виновными правонарушителей с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших убийство своих родителей. Практически у всех этих пациентов отмечались признаки дисфории, социальной изоляции, они отказывались от лечения и полностью утратили всякую веру в будущее, приготовившись провести в психиатрической больнице всю свою оставшуюся жизнь. Первый проблеск надежды появлялся у них в процессе групповой терапии в ат-

мосфере сочувственной помощи. По мере того, как они начали доверять ощущению сопереживания, постоянно окружавшему их в терапевтической группе, они постепенно обретали способность переносить доверие на другие лечебные мероприятия. Один модой пациент в последующем рассказывал, что чувство надежды начало возвращаться к нему в результате того, что на протяжении длительного времени каждое утро к его кровати подходил санитар и ободрял его несколькими словами, доброжелательно настаивая на необходимости подниматься с постели. Однако прошли годы еженедельных психотерапевтических занятий, прежде чем этот пациент, до того времени сидевший молча и не выказывавший никакого интереса к участию в работе группы, вдруг заговорил и поблагодарил членов группы и персонал за то, что они не отказались от него и все это время продолжали работать с ним, проявляя заботу. В течение последующих 4 лет состояние его улучшилось, психотические расстройства исчезли, он успешно завершил адаптационную программу, был выписан, в дальнейшем получил специальную подготовку для работы с психиатрическими пациентами с признаками инвалидности и с благодарностью вспоминает свое стационарное лечение.

Надежда, как замечают авторы, не поддается скорому восстановлению. Когда она утрачена, первый наиболее вероятный источник ее восстановления — отношения с заботливым человеком, не утратившим надежду. Такие отношения могут сформироваться как с психотерапевтом, так и с любым другим проявляющим участие человеком. Авторы подчеркивают, что даже стандартная процедура постоянного наблюдения, практикуемая в психиатрических стационарах для предотвращения суицидов, должна включать в себя кроме чисто визуального контроля пациента также и формирование доверительных отношений с ним и проявление заботы о нем.

В процессе судебно-психиатрического лечения одно из важных средств — поддержка позитивного поведения пациента. Усилия фокусируются не столько на сдерживании деструктивной поведенческой активности пациента, сколько на обучении новым навыкам самоконтроля и адаптации. Это включает в себя и разумное использование свободного времени, и развитие способности самоутешения, и повышение самооценки, и содействие взаимному сотрудничеству в межличностных отношениях и ряд других. Центральным здесь является отношение к надежде как силе, помогающей пациенту достичь большей независимости и свободы от ограничивающих полноту жизни психопатологических симптомов.

Но не только пациенту нужна надежда. Надежда, как отмечают авторы, необходима и персоналу. Психотерапевты, работающие с судебно-психиатрическими пациентами, нередко сами испытывают эти, сопровождаемые нарастанием и убыванием внутреннего напряжения, колебания между отчаянием и на-

деждой. Надежда на улучшение состояния пациента помогает врачу сдерживать собственные негативные реакции. Потеря психотерапевтом надежды подрывает способность адекватно относиться к болезненным проекциям пациента, результатом чего становится обида и формирование проекций собственных негативных эмоций психотерапевта в отношении пациента. По мнению авторов, когда подобные ситуации анализируются (как это и должно быть) на конференциях персонала, необходимо реагировать на них таким образом, чтобы все стороны получали пользу от принимаемого решения. Кроме того, продолжают авторы, необходимо помнить, что средний и младший медицинский персонал может быть исполнен надежды лишь тогда, когда врачи своими действиями и поведением показывают пример заботы и надежды в отношениях с пациентами.

Отмечая, что в настоящее время все большее внимание исследователей концентрируется не столько на выявлении факторов риска опасного поведения, сколько на изучении обстоятельств и механизмов, с помощью которых вероятность проявления насилия

психиатрическим пациентом может быть уменьшена, т.е. на идентификации факторов защиты от рисков (protective factors), авторы называют одним из таких защитных факторов надежду.

В разделе “Анализ и комментарии” находим публикацию, касающуюся особенностей формулировки стандарта невменяемости в штате Вашингтон, а также большую интересную работу руководителя отдела судебной психиатрии в SUNY University (Нью-Йорк) Dr. James L. Knoll, IV. “Возвращение иллюзии: концепция “зла” в судебной психиатрии”, о которой, вероятно, стоит поговорить подробнее в будущем. Там же помещены статьи, посвященные проблемам регистрации и учета “сексуальных хищников” и изменениям федерального законодательства, направленным на усиление контроля за доступом к огнестрельному оружию лиц с психическими расстройствами.

Правовой дайджест журнала информирует о наиболее важных недавних судебных решениях, имеющих отношение к американской судебной психиатрии.

*В. В. Мотов*

## **ВНИМАНИЕ!**

**Независимая психиатрическая ассоциация России  
выпускает монографию**

*В. В. МОТОВ*

## **ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АМЕРИКАНСКОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И ПСИХИАТРИИ И ПРАВА**

*Принимаются предварительные заказы*



## О психологических и патопсихологических подходах к понятию бреда

(По поводу статьи Ричарда Гипса и Билла Фулфорда “Понимание клинической концепции бреда: путь от изолирующей к вовлекающей эпистемологии”)<sup>1</sup>

Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)

Несомненной заслугой авторов столь уникального философского исследования является проведенный ими тщательный анализ существующих определений бреда и установление ряда важных констатаций. В частности, исследователи отмечают, что “согласно стандартным определениям к бредовым идеям могут относиться некоторые феномены, которые вовсе ими не являются, а также могут исключаться некоторые подлинные бредовые идеи”. Наряду с психопатологическими концепциями авторы анализируют также некоторые психологические объяснения бреда. При этом вывод авторов состоит в том, что “по-видимому когнитивная психология бреда упирается в тупик”. Речь идет о концепциях, согласно которым “бредовые идеи можно понять как рациональные попытки придать смысл аномальному опыту (Maher, 1974)”. С данными объяснениями, действительно, трудно согласиться, поскольку они построены на ложных основаниях. Бред уже по определению не рационален, да и опыт изначально не отторгнут от мысли, а фактически с нею связан воедино. Кроме того, качественная специфичность бреда требует несколько иного объяснительного подхода, чем тот, который используется в психологии нормы.

Авторы предлагают свой подход к объяснению феномена бреда посредством развиваемой ими методологии “вовлекающей эпистемологии”, которую они противопоставляют “изолирующей эпистемологии”. Как можно думать, предлагаемый исследователями подход нацелен на комплексность и целостность анализа. Как утверждают авторы, “в модели вовлекающей концепции, наоборот, знание — это не разновидность веры, а целостное переживание мира”. Обращенность исследователей к целостному анализу рассматриваемой проблемы открывает путь к системному подходу в изучении данного вопроса, что является достаточно перспективным.

Предпримем попытку несколько развить замысел системно-целостного анализа названной проблемы, опираясь на основные диалектические принципы и требования системной методологии. А это прежде всего качественная специфичность целого, выражающаяся в его свойствах; особенности его структуры и функции; иерархия образующих данный объект составляющих факторов; а также динамические свойства объекта как системы.

Основные критерии отличия бредового мышления от нормального можно установить как по содержательным признакам, так и по структурным. Содержание бредовых идей поражает нас своей необычностью, неадекватностью, нерациональностью, а также особой убежденностью, с которой они высказываются, и нечувствительностью к какой-либо критике. О структурных составляющих этих идей можно судить по состоянию операций мышления: обобщения, сравнения, анализа, синтеза, абстрагирования, логического суждения и др. Но есть еще один аспект исследования — со стороны системной динамики мышления. Эта область пока мало разработана и мало описана, поэтому остановимся на ней подробнее.

В норме мышление развивается как динамический системный процесс, в ходе которого происходит постоянное совершенствование результатов мыслительной деятельности, своеобразная эволюция мысли от простого — к более сложному. Так происходит восхождение от смутной гипотезы к убеждению, от проблемной ситуации — к ее решению, от неясной ситуации — к пониманию логики вещей, от неумелости — к профессиональной компетентности и т.д. Позитивная динамика мышления оказывается возможной благодаря такому свойству, каким является критическая функция мышления. Если рассматривать мышление как целостный процесс, то критичность выступает в нем в виде подсистемы, которая обеспечивает соответствие мыслительных действий действительности, то есть, выполняемой задаче. Критичность также строится на основе обобщения, сравне-

<sup>1</sup> НПЖ, 2007, 2.

ния, анализа и синтеза того образного материала, с которым работает субъект. Происходит постоянная проверка, сличение и верификация мыслительной продукции в соответствии с реальностью. Критичность имеет две функции: утверждения и отклонения определенного материала (образов, мыслей, предположений и т.д.) в развитом виде мышление, благодаря критичности, позволяет человеку верно ориентироваться в условиях действительности, строить в ней свою деятельность, создавать и открывать новое. Мышление — процесс творческий. Благодаря этому все время происходит процесс выработки новых идей, образов, сочетаний этих идей и образов, всевозможных опосредований и приспособлений к жизни. Такова природа мышления — оно специализируется на новаторстве. И в этом преимущество человеческой мысли: благодаря творческой способности человек достиг известных высот в своем развитии.

Соотношение продуктивности и критичности мышления имеет существенное значение. В норме определяется некий баланс между всевозможными продуктами нашей психики в виде идей, мечтаний, гипотез и проектов и их принятием самим субъектом в соответствии с критериями их адекватности. Вырабатывается это не сразу, а приходит с жизненным опытом, через преодоление всевозможных препятствий и вынесение уроков из ошибок. Ошибки деятельности — такие же спутники человека на его жизненном пути, как и удача. И неизвестно — чего больше. Такова природа человеческой деятельности — она вырастает и формируется через коррекцию ошибок. Невозможно, к примеру, сразу вдеть нитку в игольное ушко. Приходится сделать несколько пробных движений, устранить ошибочные действия, чтобы добиться, казалось бы, простой цели.

С точки зрения системной динамики мышление осуществляется в виде дискретных мыслей, поскольку невозможно фиксировать внимание на одной мысли постоянно; происходит переключение на другие темы; возврат к прежним и т.д. Но, что важно отметить, каждый мыслительный цикл содержит критическую составляющую, и прерванная мысль, обычно, возобновляется с последнего результата как итоговое и верифицированное. Человек не повторяет все прежние ошибочные ходы и пробы, а действует от последнего проверенного результата. Так происходит научение и совершенствование опыта. Целостность мышления проявляется в его логической функции: устанавливаются причинно-следственные связи, из частей моделируется общность более высокого уровня, устанавливаются дискурсивные соотношения. Так моделируется системность реальности за счет системных свойств самого мышления. Мысль проверяется и подтверждается практикой и в этом проявляется единство опыта и мышления. Это дает основание выделять так называемое “ручное мышление”, с которого и начинается развитие мыслительных способно-

стей у ребенка. Адекватный “контакт с реальностью” не дается априорно, а приходит через процессы адаптации, научения, развития.

Что происходит, если вследствие болезни, интоксикации, прочих вредностей, влияющих на психику, нарушается стройный ансамбль составляющих мышление высших психических функций? Мышление качественно изменяется, а в случаях серьезных аномалий — становится неадекватным решаемым задачам. Покажем это на примере нарушения наиболее тонкой и хрупкой критической функции. Когда в силу разных обстоятельств критичность резко снижается или выпадает вовсе, мышление теряет позитивную динамику. Ложные, неверные и случайные суждения не проходят критический отбор, а сразу принимаются в качестве убедительных для субъекта утверждений. Мысль застревает на этих однотипных ответах или суждения легко меняются без их проверки. Одновременно значительно ухудшается качество обобщений и аналитико-синтетической функции. Но продуктивная функция нашей психики и мышления обычно сохраняется, хотя и в видоизмененной форме. В результате и возникают причудливые, не соответствующие реальности и прежнему опыту утверждения и действия. Поскольку позитивная динамика развития мысли утрачена, то неверные и нелогичные утверждения фиксируются по закону последнего образа (впечатления, утверждения).

Так, при равномерном интеллектуально-мнестическом снижении, когда все функции снижены одновременно и в равной мере, у пациентов могут быть некие стереотипные заявления неадекватного содержания, которые расцениваются клиницистами как “бред малого размаха”, поскольку эти идеи касаются бытового уровня. Иная картина бывает при шизофрении или сходных с нею состояниях. Память и продуктивная функция психики могут быть не только не снижены, но и повышены, а критичность снижается резко и существенно. Мышление изменяет свою структуру, а следовательно и качество. Для анализа такой специфической мыслительной продукции средства обычной психологии мало подходят и здесь работают законы психопатологии и патопсихологии. Патопсихология, собственно, и разработана для анализа расстройств психики и имеет для этого определенный понятийный аппарат.

При патопсихологических исследованиях пациентов, страдающих шизофренией, — а именно у таких пациентов бред особенно красочен и впечатляющ, — наблюдаются нарушения целостности их психики во многих отношениях: в мышлении, эмоциях, личности. Мышление теряет целенаправленность, отчего фрагменты мысли становятся разнонаправленными (патологически разноплановыми) и паралогичными. Искажаются и извращаются процессы обобщения и абстрагирования. Продуктивная функция мышления, не сбалансированная самокритикой, приводит к вы-

чурным и неадекватным результатам. Мышление, лишённое позитивной динамики из-за полного дефицита критичности, естественно, не адаптируется к реальности и фиксируется на каком-то однотипном уровне высказываний. Мысль теряет целостность и подменяется подобием мысли. Заявления больных резко контрастируют с реальностью и расцениваются как бредовые.

Можно ли оценивать бредовые высказывания больных как ошибочные? Ошибки совершают как здоровые. Так и больные, но к бреду это прямого отношения не имеет. Предположим, больной в состоянии выполнять какую-то простую работу и обслуживать себя в быту. При этом он может совершать как верные, так и ошибочные действия и исправлять их: скажем, неправильно застегнуть одежду, увидеть ошибку и исправить ее. Элементарная критичность здесь присутствует. А вот в вопросах более сложных критичности уже не хватает и отсюда — соответствующее поведение. Так что, категория ошибки не может быть квалифицирующей при установлении бреда. Ошибка корригируема, а бред — нет, ошибка присутствует в нормальном мышлении, а бред не сводится к ошибке, а отражает измененную структуру мысли. Р. Гиппс и Б. Фулфорд, проанализировав разные объяснительные концепции бреда, приходят к выводу о том, что “вовлекающая концепция позволяет нам отойти от неустойчивой концепции как ошибки в мышлении или опыте и рассматривать бред в контексте нашей первой реальной встречи с действительно-

стью”. Данный подход представляется конструктивным, поскольку позволяет применить в исследованиях наработки психологии деятельности и системной методологии, что позволит получить дифференцирующие основания для отличия истинного бреда от ошибок, заблуждений на почве верований, посторонних внушений и т.д.

Подытоживая сказанное, можно сделать ряд выводов о специфичности бредовых состояний с учетом их структуры. Бред не сводим к ошибкам деятельности, а представляет собой иное качество функционирования психики. Бред возникает вследствие патологической продуктивности измененного болезнью мышления. Он сопровождается утратой критической составляющей мышления, изменением и искажением обобщающей, логической и аналитико-синтетической функции мыслительного процесса. Бред является также результатом остановившейся в своей позитивной системной динамике мысли, что приводит к рассогласованию поведения субъекта с условиями, в которых оно происходит.

Данные положения могут быть уточнены и доработаны в ходе дальнейших исследований, направленных на познание сущности такого клинического феномена, каким является бред. Концепция “вовлекающей эпистемологии” представляется в теоретическом отношении сочетающейся с основными принципами психологии деятельности и системно-целостной методологии, что обещает взаимообогащение данных подходов при их комплексном применении.

## Автореферат книги А. Б. Добровича “Лекции по психиатрии” (Израиль)

1) Книга по-новому ставит вопрос о связи психической деятельности с работой мозга. Наиболее убедительной основой для конкретизации этой связи представляется теория Д. Н. Узнадзе (1886 – 1950) о “первичной” психической деятельности, или **установке**, возникающей, благодаря постоянному учету мозгом актуальной потребности индивида, текущей ситуации и данных прошлого опыта. В книге предпринимается попытка дальнейшего развития и углубления данной теории.

Согласно авторской концепции, уже на первичном (элементарном) уровне функционирования психики наличествуют своего рода “прото-эмоции” как до-сознательные “отклики” мозга на ход удовлетворения индивидом его актуальной потребности. Рассматриваемые “отклики” представляют собой, по мысли автора, феномены **психофизической** природы. В физическом плане, это динамика сменяющихся друг друга нейротрансмиттерных констелляций в мозгу; в плане

же первично-психическом, это динамика следующих друг за другом элементарных “переживаний”, связанных с удовлетворением (или неудовлетворением) текущей потребности. Обе динамики, физическую и первично-психическую, предлагается рассматривать как две стороны одного и того же процесса.

Элементарные “переживания”, связанные с конкретным ходом удовлетворения потребности, автор обозначает как “нецессиалы” (от английского *necessity* — необходимость, настоятельная потребность; корень слова восходит к латинскому *necessaria*, в том же значении). Закономерная смена этих “переживаний”, отображающая, в норме, фактический ход удовлетворения актуальной потребности (“нецессиальная динамика”), поддается осмыслению как “нецессиальный акт” с конечным числом элементов. В книге разработана **модель нецессиального акта**, а также выдвинуты основанные на современных научных данных предположения о том, какими нейротрансмиттерны-

ми конstellациями (“аккордами”) должна обеспечиваться в мозгу та или иная нецессальная динамика. Иными словами, высказываются предварительные соображения о **соответствиях** между нейротрансмиттерными “аккордами”, с одной стороны, и реализующимися нецессалами, с другой.

Согласно авторской концепции, нейротрансмиттерный дисбаланс, возникающий в мозгу заболевшего под влиянием генетических, травматических или иных факторов, искажает психические процессы именно посредством “**деструкции** нецессального акта”. Вслед за этим неизбежно манифестируют нарушения психической деятельности на сознательном и бессознательном уровнях, т.е. формируются собственно психопатологические расстройства.

В книге постулируется прямая связь между генетически обусловленной **нейротрансмиттерной диссоциацией** (стойкой или временной) и искажениями динамики нецессалов. Каждое из подобных искажений порождает **психофизические феномены**, сказывающиеся на деятельности *сознания*. Приводится перечень таких феноменов: атимия, гипертимия, феномен “лишения возможностей”, феномены “всемогущества”, “вторжения высших сил”, “мнимого провала”, “отнятия”, “безобъектной мобилизации” и др.

Предлагается, таким образом, модель формирования психопатологических расстройств в качестве **следствия** нейротрансмиттерной диссоциации. На обсуждение специалистов выносятся один из возможных механизмов возникновения психопатологии. Одновременно получает объяснение и лечебный эффект психотропных средств, применяемых для устранения или смягчения психопатологических расстройств. Согласно данным психофармакологии, этот эффект достигается именно посредством постепенного изменения нейротрансмиттерных соотношений в мозгу.

2) В свете высказанных соображений о природе психопатологических расстройств, становится необходимым заново осмыслить систематизацию последних. В книге предпринято разнесение психических расстройств по **регистрам психопатологии**, которые автор выделяет, руководствуясь клинко-эмпирическим принципом. Данная систематизация, претендующая на преодоление “таксономического хаоса” в современной психиатрии, представляет собой разработку положений школы *А. В. Снежневского* и базируется на данных “классической” психиатрии, методологию которой обосновал в начале XX в. *Е. Крeпelin*

Выделенные регистры психопатологических расстройств охватывают три **категории** нарушения психики /1/ **дизадаптационные** (реактивные), /2/ **эндогенные** и /3/ **экзогенные**. При этом понятию “эндогенный” автор решается придать однозначный смысл: речь, по его мнению, идет об аномалиях психической деятельности, вызванных именно нейротрансмиттерной диссоциацией (НТД), т.е. далеко зашедшим дис-

балансом во взаимодействии нейротрансмиттерных систем мозга. Очевидно, что такая постановка вопроса выводит представления об эндогенной психопатологии далеко за пределы парадигмы “интрапсихического конфликта”, разработанной психоанализом.

В соответствии с предложенной систематизацией, читателю (в том числе, непрофессиональному) дается необходимый набор реалистических представлений о продуктивных и негативных **психопатологических паттернах** (синдромах), относящихся к каждой из трех упомянутых категорий. Рассматриваются личностно-девиативные, невротические, психосоматические, аффективные, бредовые, галлюцинаторные, псевдогаллюцинаторные, кататонические и дезинтегративные расстройства психики, а также помрачения сознания. Уточняются критерии, позволяющие разграничивать картины **острого** и **хронического** психоза. Читателю представлена четкая схема **патокинеза** эндогенных психопатологических расстройств, имеющая, по убеждению автора, немаловажное значение при вынесении клиницистом диагностических и прогностических суждений.

3) В плане по-новому осмысленной связи психической деятельности с работой мозга, в книге предлагается расширение **общепсихологической парадигмы**. Инстанции *Эго*, *Суперэго* и *Оно* следует, как убежден автор, дополнить инстанцией *Первично-психического* в понимании Д. Н. Узнадзе. Именно эта инстанция — **протопсихика**, т.е. исходная деятельность мозга по обеспечению адаптации организма к среде, — должна рассматриваться как “инстинктивно-психическое”, или **Инстинктивное Эго**. Данная инстанция психики, оперирующая невербальной (и принципиально не вербализуемой) информацией, обозначена Д. Н. Узнадзе как “до-сознательное”. Материал “до-сознательного”, в отличие от материала Бессознательного в понимании З. Фрейда, отнюдь не накапливается в результате динамизма “вытеснения”, но определяется исходной (первичной) деятельностью мозга по обработке непрерывно поступающей информации о соотношении организм — среда.

В процессе накопления индивидуального опыта, у ребенка над инстанцией до-сознательного надстраивается **Синкретическое Эго**: континуум невербальных образов среды, уточняющих и обогащающих инстинктивные реакции на происходящее в среде. Далее, на этапе Синкретического Эго, благодаря воспитанию в социуме и начальному усвоению речи, у ребенка формируется **Конвенциональное Эго** — свод правил должностящего и порицаемого поведения (инстанция, описываемая З. Фрейдом как *Суперэго*). При травматическом столкновении инстинктивных побуждений с ограничениями, налагаемыми на поведение со стороны *Суперэго*, в психике зреющего индивида возникает инстанция **Табуированного Эго** (*Оно* в понимании З. Фрейда). В свете данной концепции, приписывание инстанции *Оно* роли “ин-



стинктивно-психического”, т.е. одно из базовых положений психоанализа, по мнению автора, ошибочно и нуждается в пересмотре.

Конфликт между Конвенциональным и Табуированным Эго (“интрапсихический конфликт”) отчасти преодолевается по мере дальнейшего усвоения ребенком речи и навыков ролевого поведения. Так формируется **Актуальное Эго**, или *Сознание*, оперирующее понятийно-вербальной информацией, в которой аккумулирован многовековой опыт социализации человеческого индивида. Назначением сознания является, таким образом, выбор компромиссной линии поведения с обеспечением изменчивого баланса между инстинктивными и социокультурными потребностями субъекта психики.

В то же время, принципиально непредставим “конфликт” между *Сознанием* и до-сознательной инстанцией психики. Набрасываемая автором общепсихологическая парадигма предполагает постоянное участие **протопсихического** (“Инстинктивного Эго”, “до-сознательного”) в выборе индивидом любой из форм поведения. Это означает, что без поддержки до-сознательного невозможны ни становление, ни функционирование, ни взаимовлияние остальных инстанций психики. В целом, данная концепция, разрабатываемая школой Д. Н. Узнадзе с 20-х годов прошлого века, возвращает психической деятельности изначальный статус деятельности **мозга**. Следует при этом не упускать из виду, что мозг человека, в дополнение к инстинктивной, стремительно накапливает обширную образную и социокультурную (понятийную) информацию для оптимизации взаимодействия субъекта психики со средой.

4) В книге выдвинута концепция о связи между психобиологическими особенностями индивида (**психотип**) и биографически детерминированными особенностями его поведения и мышления (**характер, личность**). С новых позиций предпринята попытка дифференциации между **акцентуированными** и **девиированными** личностями. Обсуждая типологию личностных девиаций, автор демонстрирует собственный подход к природе **нарциссизма, инфантилизма** и **парафилических** ориентаций личности. Заново подчеркивается связь между перенесенными психотическими состояниями и “следовыми” по отношению к ним личностными изменениями у пациента.

**От редколлегии.** С книгой можно соглашаться или не соглашаться, но бесспорны несколько вещей: это настоящая психиатрия; подходы новы и интересны; книга заставляет и помогает думать; в ней хороший клинический анализ; она будет в равной степени интересна и начинающим, и опытным психиатрам. К тому же она активно против новомодной дурной психологизации (что особенно ценно с учетом психотерапевтического опыта автора).

5) Книга являет собой попытку концептуального прорыва к малоизученному и теоретически не проработанному. Она адресована как профессионалам, так и широкому читателю, интересующемуся проблемами психологии и психопатологии и нуждающемуся в реалистических познавательных ориентирах. В жанровом отношении текст соответствует именно циклу лекций, преподанных в свободной форме, без претензий на статус учебника или научного труда в собственном смысле этого слова.

Концентрированная эвристичность авторского подхода к обсуждаемой проблематике делает ряд положений книги поводом для дискуссии. Надеюсь инициировать такую дискуссию, автор, независимо от ее исхода убежден в том, что психоаналитические догмы, сформировавшие “стиль мышления” современных психиатров, должны быть пересмотрены в пользу, **клинико-психиатрической парадигмы**. Каким бы уточнениям ни подверглась в будущем эта парадигма, ее основанием было и остается ключевое методологическое положение *Карла Ясперса: Состояния психоза не могут быть ни выведены из “психологически понятных” связей, ни сведены к ним.*

**Об авторе.** Добрович Анатолий Борисович, кандидат медицинских наук, психиатр, психотерапевт и клинический психолог со стажем практической работы, превышающим 40 лет; 25 из них проработал в психиатрических учреждениях Москвы. В 70-е — 80-е годы прошедшего века опубликовал 7 научно-популярных книг на психолого-психиатрические темы, из которых наибольшей известностью пользовались “Общение: наука и искусство”, “Фонарь Диогена” и “Воспитателю о психологии и психогигиене общения”. Автор десятка научных и нескольких десятков журнальных научно-популярных публикаций. С 1988 г. проживает в Израиле, где продолжает врачебную деятельность. Книгу “Лекции по психиатрии” можно рассматривать как итог многолетних наблюдений практикующего психиатра и его попыток осмыслить (а значит, и концептуально смоделировать) наблюдаемое.

Электронный адрес для связи с автором:  
[dobrovicha@mail.ru](mailto:dobrovicha@mail.ru) или  
[anatoliy\\_dobrovich@hotmail.com](mailto:anatoliy_dobrovich@hotmail.com)

## Долг памяти

### К 80-ти летию Рауля Валленберга

*Из открытого письма Председателю Мосгордумы и мэру г. Москвы*

... Рауль Валленберг — шведский дипломат, в 1944 году спас десятки тысяч венгерских евреев<sup>1</sup> от уничтожения в немецких лагерях смерти и от рук венгерских салашистов. В январе 1945 года, по пути на встречу с командующим советскими войсками, он был задержан в Будапеште советскими солдатами и по распоряжению высших советских руководителей отправлен в Москву, где — по официальной версии Советского правительства и советских официальных лиц (Молотова, Вышинского, Громыко и многих других) — умер в Лубянской тюрьме в июле 1947 года и притом не был ни судим, ни осужден<sup>2</sup>.

Осуществленная Раулем Валленбергом в Будапеште беспрецедентная и уникальная дипломатическая миссия (Валленберг стал секретарем шведского посольства и отправился в Будапешт с единственной целью спасти евреев от депортации в лагерь смерти),



его последующая трагическая судьба и сохранявшаяся в течение 55 лет надежда на то, что Валленберг жив, — превратив имя и личность Рауля Валленберга в одного из героев и в один из символов ХХ ВЕКА. Можно сказать, что имя “РАУЛЬ ВАЛЛЕНБЕРГ” олицетворяет для мира человека, который, не являясь евреем, героически и успешно защищал евреев от фашистского геноцида.

Нам представляется, что назвать именем Рауля Валленберга одну из улиц Москвы — означает совершить акт, которым Мосгордума и правительство Москвы покажут, что наш народ и наша страна готовы и способны на историческую справедливость и что россияне хранят историческую память по отношению к этому замечательному человеку, одному из героев ХХ века<sup>3</sup>...

Людмила АЛЕКСЕЕВА, председатель Московской Хельсинской группы; Екатерина ГЕНИЕВА, директор Всероссийской государственной библиотеки иностранной литературы; Алла ГЕРБЕР, президент Всероссийского фонда “Холокост”; Сергей КОВАЛЕВ, председатель российского “Мемориала” и Фонда Андрея Сахарова; Владимир ЛАКШИН, священник, настоятель храма Успения Пресвятой Богородицы на Успенском Вражке, г. Москва; Владимир ЛУКИН, Уполномоченный по правам человека в РФ; Сергей МИРОНЕНКО, директор Государственного архива РФ; Ефим ПИВОВАР, ректор Российского государственного гуманитарного университета; Анатолий ПРИСТАВКИН, писатель, советник президента РФ; Наталья СОЛЖЕНИЦИНА, президент Русского общественного Фонда Александра Солженицина; Олег ТАБАКОВ, народный артист СССР, художественный руководитель и директор Московского Художественного театра имени Чехова.

<sup>1</sup> Raoul Gustav Wallenberg (1912 – 1947 г.) родился 5 августа 1912 г. в Стокгольме в одной из самых богатых и известных семей Швеции. В июле 1944 года Валленберг был назначен первым секретарем Шведского представительства в Будапеште. Пользуясь дипломатическим статусом, он выдавал многим евреям шведские паспорта. Ему также удалось убедить некоторых немецких генералов не выполнять приказы Гитлера по вывозу евреев в лагерь смерти и предотвратить в последние дни перед наступлением Советской Армии уничтожение Будапештского гетто, где на момент прихода советских войск находилось 97 тысяч евреев. Всего из 800 тысяч евреев, проживавших в Венгрии до войны, выжило 204 тысячи. Не менее 100 тысяч из них обязаны своим спасением Раулю Валленбергу.

<sup>2</sup> По данным Комиссии по реабилитации жертв политических репрессии при Президенте РФ (Комиссия А. Н. Яковлева) в КГБ Валленберга числили “жидовским прихвостнем из Швеции”, его долго безуспешно держали для выгодного обмена, а потом в 1947 г. (?) расстреляли, уничтожив все документы.

<sup>3</sup> Раулю Валленбергу поставлены памятники во многих городах мира, в Будапеште, Лондоне, а в 2001 г. в Москве (во дворике Библиотеки иностранной литературы).

**От редактора:** отечественная психиатрия обязана Раулю Валленбергу, который и после своей смерти посослуживал важному для нее делу. Его сводный брат проф. Ги фон Дардель, не смирившись с возможной гибелью брата и узнав о внезапно обнаружившемся в Московской ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева американском летчике, анонимно пробывшем там около 30 лет, обратился к НПА России с просьбой поискать Рауля в спецпсихбольницах. Мы, в свою очередь, согласовали с ним включение его просьбы в более широкий план выяснения количества лиц, содержащихся в этих больницах по политическим статьям. Для этого было достаточно просмотреть в архивах так называемые формы № 1, содержащие паспортные данные и номер инкриминируемых статей.

Комиссия НПА России под руководством д-ра Юрия Массовера посетила в 1996 году Сычевскую, Черняховскую, Санкт-Петербургскую, Орловскую и Казанскую спецпсихбольницы. Только в Казанскую спец. ПБ — главную, специализировавшуюся на политических диссидентах, нас не пустили, ссылаясь на совершенно искусственный предлог — необходимость согласия больных, даже находившихся на лечении много лет назад и умерших.

Поиски самого Рауля Валленберга облегалась его возрастом: к этому моменту, будь он жив, ему было бы 84 года. Для выявления пациентов в спец. ПБ старше 80 лет также было достаточно формы № 1, т.к. пребывание под псевдонимом не распространяется на возраст. Следующим шагом было обнаружение среди гериатрических пациентов иностранцев... Таким образом, предоставления архивных медицинских данных, что служило официальным основанием отказа, нам не требовалось. Но ригидность власти

дошла до того, что она — на разных уровнях — не смогла придумать другой повод отказа, подтверждая тем самым, что это повод. Но с таким отказом мы столкнулись только в одном месте из пяти. Администрация Казанской спецпсихбольницы, ссылаясь на свое федеральное подчинение и созвонившись с Москвой, продемонстрировала неспособность брать ответственность на себя и безусловный приоритет чиновничества.

В результате, следов Рауля Валленберга мы не нашли, но сумели на основе документов убедиться в том, что сведения Центра им. Сербского о незначительном числе (не более нескольких десятков или сотен) политических диссидентов в психиатрических больницах являются дезинформацией. В одной только Санкт-Петербургской ПБ было обнаружено около 2 тысяч лиц, содержащихся там по “политическим статьям”.

Разумеется, свой поиск мы пытались начать с архива Центра им. Сербского. Тонкостям работы в архивах нашу группу обучил со-председатель Общества “Мемориал” Арсений Рогинский, как профессиональный историк, имеющий большой опыт. Но и мы, и вскоре вслед за нами г-жа Сюзан Месенай, многие годы занимавшаяся поисками следов Рауля Валленберга по специальной методике, получили отказ, смысл которого сводился к формуле: оплатите, и мы проверим себя сами. Ничего не изменило даже обращение Чрезвычайного и Полномочного посла Швеции к министру здравоохранения.

В духе времени светлую память Рауля Валленберга, как и многих других выдающихся людей, у нас пытаются всячески опорочить. Но это не более чем самопроекция авторов таких инсинуаций и редакторов изданий, пропускающих не выверенные данные.

**Аргентинская ассоциация психиатров при поддержке ВПА**

**XV международный конгресс по психиатрии**

29 сентября – 2 октября 2008 г., Буэнос-Айрес, Аргентина

**lccchin@aap.org.ar; www.aap.org.ar**

## **Власть и диссиденты**

*Мы помещаем три документа из недавно изданного Московской Хельсинкской группой сборника “Власть и диссиденты. Из документов КГБ и ЦК КПСС” (М., 2006, с. 19 – 21, 24 – 25, 120).*

**10.07.1970. Записка № 1878-А председателя КГБ при СМ СССР Ю. В. Андропова в ЦК КПСС о завершении судебного процесса над Н. Е. Горбаневской, о “неправильном поведении” ее адвоката С. В. Каллистратовой и о группе московских адвокатов, занимающих аналогичные позиции (Д. И. Каминская и др.), с описанием происшедшего у здания суда. Секретно.**

Коллегия по уголовным делам Московского городского суда 7 июля 1970 года рассмотрела дело по обвинению ГОРБАНЕВСКОЙ Н. Е., 1936 года рождения, до ареста занимавшейся частными переводами, в совершении преступлений, предусмотренных ст.ст. 190 и 191 УК РСФСР.

ГОРБАНЕВСКАЯ до ареста являлась активной участницей дерзких антиобщественных акций, систематически изготавливала и нелегально передавала на Запад материалы враждебного содержания. При аресте ГОРБАНЕВСКАЯ нанесла телесные повреждения сотруднику прокуратуры ШИЛОВУ.

По определению суда она направлена на принудительное лечение в специальную психиатрическую больницу, так как в течение длительного времени страдает психическим заболеванием в форме шизофрении.

К началу судебного заседания у здания Мосгорсуда собралась группа ее единомышленников (15 – 20 человек) во главе с ЯКИРОМ П., ВОЛЬПИНЫМ-ЕСЕНИНЫМ, ТЕЛЬНИКОВЫМ и другими, которые, не попав в помещение суда, пытались наблюдать за ходом процесса через окна, чем мешали нормальному ходу разбирательства дела...

Комитетом госбезопасности через оперативные возможности до общественности Запада доведена оперативно выгодная для нас информация в связи с судебным процессом и происшедшим инцидентом у здания суда.

Одновременно Комитет госбезопасности сообщает о неправильном поведении в судебном процессе

адвоката КАЛЛИСТРАТОВОЙ С. В., которая встала на путь отрицания состава преступления в действиях ГОРБАНЕВСКОЙ. Более того, явно клеветнические материалы, порочащие советский государственный и общественный строй, изготовленные подсудимой, КАЛЛИСТРАТОВА в своем выступлении на судебном заседании квалифицировала как “оценочные”, выражающие убеждения ГОРБАНЕВСКОЙ. Не случайно по окончании процесса ЯКИР, АЛЕКСЕЕВА и их единомышленники встретили КАЛЛИСТРАТОВУ как “героя” с цветами.

Такое поведение адвоката в судебном процессе не является единичным. По имеющимся у нас данным, аналогичные позиции занимает группа московских адвокатов (КАМИНСКАЯ Д. И., МОНАХОВ Н. А., ПОЗДЕЕВ Ю. Б., РОММ В. Б.) при защите подсудимых, обвиняемых в антисоветской и антиобщественной деятельности в виде клеветы на советский государственный и общественный строй. В настоящее время сложилось такое положение, когда эта группа адвокатов выступает практически по всем подобным делам, возникающим в различных районах страны. Нередко они действуют по прямому сговору с антиобщественными элементами, информируя их о материалах предварительного следствия и совместно вырабатывая линию поведения подсудимых и свидетелей в процессе следствия и суда.

Председатель комитета госбезопасности  
Андропов

**18.06.1971. Записка № 1572-Ч заместителя председателя КГБ при СМ СССР В. М. Чебрикова в ЦК КПСС об аресте В. К. Буковского и ходе следствия.**

Управлением КГБ при СМ СССР по г. Москве и Московской области 29 марта 1971 года арестован БУКОВСКИЙ В. К., 1942 года рождения, русский, беспартийный, работавший секретарем у члена Союза советских писателей прозаика МАКСИМОВА В. Е.

В прошлом БУКОВСКИЙ уже дважды привлекался к уголовной ответственности.

В июне 1963 года был арестован за распространение книги М. Джиласа “Новый класс” антисоветского содержания. В процессе следствия судебно-психиатрической экспертизой был признан невменяемым и



по определению судебной коллегии Московского городского суда от 23 августа 1963 года направлялся на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа, где находился до февраля 1965 года...

По освобождении из больницы БУКОВСКИЙ не прекратил общественно-опасной деятельности, а 22 января 1967 года с группой лиц организовал провокационное собрание на площади им. Пушкина в защиту привлеченных к уголовной ответственности ГИНЗБУРГА, ГАЛАНСКОГО и других. Будучи признанным ответственным за содеянное, БУКОВСКИЙ в сентябре 1967 года Московским городским судом был осужден к 3 годам лишения свободы. Не признавая совершенные им деяния противоправными, БУКОВСКИЙ заявил в суде, что он продолжит свою деятельность и после отбытия срока наказания.

Вернувшись в Москву после освобождения из заключения, БУКОВСКИЙ в 1970 – 1971 гг. систематически встречался с иностранцами, передавал им в

устной и письменной форме клеветническую информацию, предпринимал попытки к нелегальной доставке из-за рубежа типографии для использования ее во враждебных целях, вел антисоветскую агитацию, принимал активное участие в антиобщественных акциях.

Переданные БУКОВСКИМ за границу клеветнические материалы широко использовались прессой, телевидением и радиостанциями капиталистических государств для нанесения ущерба Советскому Союзу...

На следствии БУКОВСКИЙ ведет себя вызывающе, от дачи показаний отказывается. Он также написал жалобу об отводе следователя, мотивируя ее тем, что последний является коммунистом. Следствие в отношении БУКОВСКОГО продолжается.

Зам. председателя Комитета госбезопасности  
Чебриков

**Из письма ЦК КПСС Генеральному секретарю Итальянской коммунистической партии  
товарищу ЭНРИКО БЕРЛИНГУЭРУ  
на его просьбу о помиловании В. К. Буковского**

Буковский впервые был привлечен к уголовной ответственности в 1963 г. за изготовление, хранение и распространение антисоветских материалов, в которых клеветал на советскую действительность, призывал к захвату руководства в комсомоле с целью отрыва ВЛКСМ от Коммуни-

стической партии. Однако, в связи с признанием его судебно-психиатрической экспертизой душевнобольным, он не был предан суду, находился на принудительном лечении, которое в 1965 году было закончено, и В. Буковский был передан на попечение родителям.

## Юпитер смеется

В геноме нобелевского лауреата Джеймса Уотсона, который недавно вызвал скандал, заявив, что чернокожие глупее белых, содержится в 16 раз больше генов негритянского происхождения, чем у среднего белого европейца, сообщает газета *The Independent*.

Джеймс Уотсон стал вторым человеком (первым — Крэйг Вентер, учредитель одноименного института генетических исследований), чей полностью секвенированный геном был опубликован в Интернете.

Анализ генома показал, что 16 процентов генов Уотсона восходят к черному предку африканского происхождения. По словам Кари Стефанссона, представителя компании *deCODE genetics*, которая проводила анализ, такие результаты указывают на наличие у обладателя-генома прародителя-африканца. Стефансон назвал результаты анализа генома Уотсона удивительными.

У среднего белого европейца таких генов обычно не более одного процента. Геном Уотсона содержал

также девять процентов генов, восходящих к азиатскому предку.

Джеймс Уотсон получил в 1962 году Нобелевскую премию по физиологии и медицине. В октябре 2007 года в прессе появились его высказывания о том, что чернокожие по врожденным интеллектуальным способностям уступают белым (и этому в ближайшие 15 лет будет найдено генетическое доказательство).

Высказывания были сочтены расистскими и вызвали скандал: правозащитные организации хотели привлечь Уотсона к ответственности в судебном порядке, Британский музей науки отменил запланированную его лекцию. Многие нобелевские лауреаты и общественные организации публично осудили поведение ученого. Решением попечительского совета лаборатории Колд-Спринг-Харбор, основного места работы Уотсона, он был временно отстранен от должности ректора. Через неделю после этого 79-летний ученый ушел в отставку. (LENTA.RU)

## ХIII Консторумские чтения

14 декабря 2007 года в Москве в Наркологическом диспансере № 1 состоялась ХIII ежегодная научно-практическая конференция “Консторумские чтения”. Тема — “Психотерапия и современная культура”. Конференция, как и прежние, была организована Обществом клинических психотерапевтов НПА России (Председатель Общества — М. Е. Бурно, заместитель председателя — Б. А. Воскресенский). Как обычно, два отделения конференции (с перерывом на чай) содержали в себе доклады, обсуждения докладов, дискуссии. В третьем, вечернем, отделении Психотерапевтический реалистический театр (НПА России, Наркологический диспансер № 1, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО) дал концерт. Со своими произведениями или читая друг друга выступали пациенты и психотерапевты (руководитель Театра — М. Е. Бурно, художественный руководитель — Елизавета Юльевна Будницкая).

Президент НПА России **Юрий Сергеевич Савенко** в своем вступительном слове отметил плачевно-тягостное состояние сегодняшней культуры (смакование садизма, “рассуждения об экскрементах”, “дать себя изнасиловать орангутангу”, инцест в детских книжках и т.п.). Низвержение нравственных канонов с золотыми медалями за освоение этих новых территорий. Остается, опираясь на нравственные основы Феноменологии и Клиницизма, помогать нашим пациентам обрести в процессе психотерапии подлинную культуру в душе, надежную почву под ногами.

В докладе психиатра-психотерапевта **Бориса Аркадьевича Воскресенского** и студентки 6 курса РГМУ **Александры Владимировны Ялтонской** “Психотерапия как феномен культуры” “предмет психотерапии” рассматривается “с точки зрения клинического метода”. Клинический метод понимается как “познание больного путем его исследования на основе определенного понимания патологии”. При этом, в зависимости от наличия или отсутствия “психопатологических проявлений”, докладчики говорят о “клинической психотерапии” («воздействует на “здоровое” среди “больного”») и “неклинической психотерапии” («укрепляет “здоровое”»). Под культурой в докладе “понимается совокупность духовных и материальных ценностей, жизненных представлений, образцов поведения, норм, способов человеческой деятельности”. Психотерапия “отражает в себе особенности социо-культурной ситуации того или

иного временного отрезка” и, в то же время, “неизбежно меняет окружающую действительность в соответствии со своими воззрениями”. В заключение докладчики отметили “основные тенденции, которые наметились в психотерапии в условиях сегодняшней реальности”.

В выступлениях по докладу говорилось, что, в самом деле, “больные и здоровые — это два разных мира; когда болит душа, необходима культура” (Галина Николаевна Иванова, психиатр-психотерапевт санатория в г. Волгограде). Прозвучало и то, что в душевнобольном, исходя из клинического мироощущения, так же трудно отделить больное от здорового, как и в больном органе в соматической медицине (Марк Евгеньевич Бурно).

Содержание доклада клинического психолога **Елены Александровны Добролюбовой** “Терапия творческим самовыражением в Психиатрической клинической больнице № 12” было выразительным примером сегодняшнего поворота в нашей психиатрии к повышению, посветлению качества душевной жизни пациентов, в основе которого лежит психотерапия и, прежде всего, Терапия духовной культурой. При этом “повышение качества душевной жизни”, в сущности, невозможно отделить от собственно лечения, притом углубленного, эффективного.

В докладе “Мишени клинико-ориентированной когнитивной терапии при некоторых характерологических расстройствах” психиатр-психотерапевт **Антон Маркович Бурно** сообщил о своем клиническом методе, включающем в себя в особом преломлении приемы когнитивной терапии, элементы Терапии творческим самовыражением. Речь идет о помощи людям, которые просят помочь им изменить свой характер, мешающий им жить. Характер-конституцию не изменишь, но возможно с помощью психотерапевта научиться иначе оценивать свой или чужой характер. На вопрос о том, имеет ли данный метод отношение к этологии, докладчик ответил, что метод “вытекает из этологии, это, в сущности, этологическая психотерапия, человек есть представитель животного царства”.

Психиатр **Светлана Андреевна Малиночка** в докладе “Творчество больных шизофренией — поиск новых граней” отметила у некоторых своих пациентов не ухудшение состояния в творчестве, а даже некоторое стихийное успокоение, улучшение состояния в обретенном хобби (творчестве).

Психиатр-психотерапевт **Александр Геннадьевич Меркин** в докладе “Клинико-патогенетическая психотерапия как метод социальной адаптации (ресоциализации) больных” предложенным им термином (“клинико-патогенетическая психотерапия”) называет уточненное им самим понятие “клиническая психотерапия”, подчеркивая этим, что данный метод (направление) “основывается на естественнонаучном общемедицинском фундаменте”, как и “любой другой раздел медицины”, и “что в основе психиатрии и клинической психотерапии, как одной из ее областей, лежит естественнонаучный клинико-нозологический подход, развивавшийся с античности”. На вопрос о том, возможно ли говорить о патогенетическом лечении психопатии, которая, словами Ганнушкина, не имеет ни начала, ни конца, Меркин пояснил, что понимает патогенез в широком смысле, как всякое движение болезненного состояния вообще.

Психиатр-психотерапевт **Валерий Борисович Гурвич** в докладе “Закономерности системной клинической психотерапии в комплексе лечебного голодания (РДТ) как отражение изменений состояния самосознания при данном методе лечения” сообщил, что “выявленные к настоящему времени закономерности клинической комплексной психотерапии в процессе лечебного голодания (разгрузочно-диетической терапии — РДТ) больных с нервно-психическими заболеваниями, непосредственно обусловлены закономерной динамикой психофизиологического и клинического состояния пациентов”. “В то же время важное значение в динамике клинического состояния имеют изменения состояния сознания и самосознания, которые отмечаются в исследованиях ЭЭГ и ряда психологических тестов. Эти данные объясняют сведения о преобладающей на различных этапах РДТ направленности психотерапии и комплексе наиболее показанных психотерапевтических методов. Или иначе: закономерности системной клинической психотерапии в комплексе разгрузочно-диетической терапии психически больных являются непосредственным отражением изменений как клинического состояния, так и состояния самосознания при данном методе лечения”.

Психиатр-психотерапевт **Надежда Леонидовна Зуйкова** в докладе “Психосоматическая модель психотерапии” говорила о “психосоматике в психотерапевтическом ключе”, о том, что “психотерапия в психосоматике должна быть многофакторной” и “наша модель психосоматически-ориентированной психотерапии — сложная модель, опирающаяся на многоуровневую диагностику (7 шагов-этапов), унифицированный алгоритм. Этапами-шагами является: многоосевая диагностика с обсуждением психосоматического диагноза с соматологом, оптимальная терапия в сотрудничестве с соматологом и т.д. Вплоть до элементов Терапии творческим самовыражением на последнем этапе”.

Психиатры-психотерапевты **Евгений Юрьевич Соколов** и **Владимир Федорович Вышлов** в своем докладе “Синдром эмоционального сгорания у психотерапевта” сообщили следующее.

«“Сгоранию” подвержен человек, чрезмерно отдающийся своей работе и забывающий при этом о том, что одновременно необходимо помнить и о сохранении своего здоровья. Психотерапия, постоянно сталкиваясь с эмоциональными переживаниями клиентов, испытывает повышенное чувство ответственности за них. Человек не может отключиться от своих проблем даже в кругу семьи. Его мысли постоянно возвращаются к проблемам, связанным с работой, он не может расслабиться, отдохнуть.

Синдром сгорания характеризуется эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным длительной перегрузкой. Человек испытывает усталость, снижение энергии, оптимизма и энтузиазма и утром. Расстраивается ночной сон. Состояние квалифицируется как астеническое и астено-депрессивное. Чаще подвержены этому синдрому люди беспокойные, чувствительные, эмпатичные, склонные к интраверсии, имеющие гуманистическую жизненную установку.

К синдрому сгорания ведут такие обстоятельства, как монотонность работы, вкладывание в нее больших личностных ресурсов при недостаточности признания и положительной оценки, работа с “немотивированными” клиентами, постоянно сопротивляющимися усилиям консультанта помочь им, и незначительные трудно ощутимые результаты такой работы; напряженность и конфликтность в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм.

Синдром эмоционального сгорания также может повлечь за собой и психо-сомато-вегетативные расстройства. Работник может отказаться от своей профессии и переквалифицироваться на более простую, меньше связанную с эмоциональными, душевными, человеческими затратами.

Профилактика рассматриваемых расстройств — это: внесение разнообразия в свою работу, поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания, овладение техникой расслабления, наличие нескольких друзей (желательно других профессий), стремление к тому, чего хочется без надежды стать победителем во всех случаях, и умение проигрывать без ненужных самоуничужения и агрессивности, способность к самооценке без упования на уважение окружающих, открытость новому опыту, умение не спешить и давать себе достаточно времени для достижения позитивных результатов в работе и жизни, участие в семинарах, конференциях, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом. Важна работа по формированию адекватного банка “поглаживаний” и способностей к обращению к ресурсным состояниям собственной личности».

Привожу здесь и резюме доклада **Татьяны Витальевны Орловой**, онколога-психотерапевта, “Уход за умирающими сообразно характеру пациента”.

“Для пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, вступление их болезни в фазу генерализации опухолевого процесса является тяжелейшим жизненным кризисом. Психологическая адаптация больных к реальности терминального периода болезни происходит в соответствии с присутствующим каждому человеку его основным природным характерологическим радикалом — синтонным, психастеническим, эпилептоидным, демонстративным, аутистическим. Каждый характер имеет свои приспособительные формы психологической защиты, изучение которых помогает клинически индивидуализировать психотерапевтическую помощь этому контингенту больных.

Общение с онкологическими пациентами в созвучии с их характерологическими особенностями, сильное знакомство пациентов с особенностями их души, побуждает больных к сильному творчеству, способствует оживлению души, улучшению взаимодействия с семьей и медицинским окружением, просветляет и смягчает последние дни и месяцы уходящей жизни”.

Профессор, священник **Георгий Кочетков** в докладе “Современная светская и духовная культура и ее влияние на душевное здоровье личности и народа” говорил о том, что “различие *душевного* и *духовного* — не значит разделение”. “Разделение здесь невозможно. Но культура должна вдохновлять, воодушевлять людей. В этом смысле духовная, внутренняя, культура противопоставляется светской. В кризисные периоды теряется вкус, подлинная духовная культура уходит. Происходит беснование. Нет истинных художников, архитекторов”. Священник Георгий Кочетков высказывает сомнение в том, что “у нас сегодня в стране живет подлинный народ, а ведь был некогда народ подлинный, великий, верующий, стремящийся к Богу”. “Беснование — это почти всегда душевная болезнь. Необходимо вылечить — приобрести *внутреннее*. Духовное проходит через душевное, но не наоборот. И надо помочь нашему народу освободиться от бесов в таком большом количестве”. “Культура как таковая амбивалентна: поэтому она человека спасает, освобождает, но и сводит с ума, поработает. В общение с бесом вступить невозможно. И Христос не мог. Общение возможно лишь с человеком — и по дороге Любви. Культура ставит границы — и границы призывают к ответственности, что есть большое благо. Культура, подобно Христу, способна говорить с властью. Христос запрещал человеку делать то бесовское, что разрушает *внутреннее* человека. Да, иногда человеку надо запретить что-то делать. И культура способна к этому благородному запрету. Истинный народ — есть население, способное служить Богу”.

**Инга Юрьевна Калмыкова**, психиатр-психотерапевт, в докладе “К амбулаторной психотерапии больных шизофренией” рассказала о работе над своей диссертацией. Диссертация — о повышении качества душевной жизни тяжелых больных шизофренией с переживанием своей неполноценности вне острых психотических расстройств. Сегодняшний поворот психиатрии к возможной широкой психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии душевнобольных, принимающих (обычно пожизненно) стандарт психотропных препаратов для предотвращения остропсихотических всплесков, психопатоподобного поведения и т.п., подсказывает необходимость создания, совершенствования, в том числе, и приемов терапии духовной культурой, особых приемов терапии творческим самовыражением — для повышения, просветления качества душевной, духовной жизни этих больных, обычно заторможено страдающих от тягостной бессмысленности, “животности” своего существования. Доктор Калмыкова разрабатывает краткосрочный вариант Терапии творческим самовыражением применительно к этим достаточно тяжелым шубообразным пациентам вне шуба, но с неврозоподобными и психопатоподобными проявлениями в обычных для них неполных ремиссиях.

**Софья Даниловна Левина** в докладе “Опыт гипносуггестивной психотерапии” рассказала о своем психотерапевтическом опыте. Гипноз, как считает Софья Даниловна, не есть панацея, но он помогает пациенту, кроме всего прочего, увидеть яснее самого себя. И гипноз никогда не уйдет из России.

Закljučая 2-е отделение конференции, **Б. А. Воскресенский** отметил, что **В. Б. Гурвич** показал, как в центре материалистического метода лечения оказывается изменение самосознания. По поводу синдрома эмоционального сгорания (**Е. Ю. Соколов** и **В. Ф. Вышлов**) вспомнил исследования покойного Василия Васильевича Королева о неврастении. “Неврастения — истинное переутомление лишь у ригидных людей. В большинстве же случаев это — не просто истощение, а неспособность справиться с психотравмирующей ситуацией”. О докладе **Н. Л. Зуйковой**. “В психосоматике тело есть явление психическое. Говорим тут не о теле, а о *телесности*. При психосоматических расстройствах переживания больного — это переживания тела. Телесно бывает тяжелее, а душевно легче — и это наша реальность, с которой надо считаться”. Тяжелейшим больным **Т. В. Орловой**, как считает Б. А. Воскресенский, помогает осознание смысла болезни... Интересен и благороден опыт психотерапии тяжелых больных шизофренией **И. Ю. Калмыковой**. “Очень важен доклад священника **Георгия Кочеткова** о нынешней ситуации в нашей стране, о том как возможно нам участвовать в улучшении сегодняшнего положения с помощью культуры как органа познания и откровения”.

М. Бурно



## Этика и право в психиатрии (Ростов-на-Дону)

С 21 апреля по 3 мая 2008 года в Ростове-на-Дону прошла школа-семинар для врачей психиатров и организаторов психиатрической службы Южного федерального округа. Впервые такой длительный учебный цикл был посвящен теме “Этика и право в психиатрии”. Организатор школы — кафедра психиатрии и наркологии факультета повышения квалификации Ростовского государственного медицинского университета во главе с проф. Александром Олимпиевичем Бухановским всегда отличалась новациями в своей области. А. О. Бухановский много сделал и делает для повышения статуса врача психиатра, для укрепления связей со СМИ и представителями других специальностей: юристами, психологами, представителями военного ведомства, социальными работниками и т.п.

Выбор темы определялся насущной потребностью психиатров поднять свою работу на новый уровень, опирающийся на строгие нормы права и медицинской этики. Не секрет, что прокатившийся в прошлом году поток публикаций на тему возможного использования психиатрии в политических целях в России очень встревожил руководителей Всемирной психиатрической ассоциации, а также Американской психиатрической ассоциации. И в РОП, и в НПА России поступили запросы по поводу конкретных случаев, широко освещавшихся в зарубежной прессе. И хотя присланные ответы в целом успокоили международную общественность, но было рекомендовано провести цикл семинаров по этическим вопросам психиатрии. Так что школа-семинар, организованный Ростовским государственным университетом, — это самостоятельный ответ на вызов времени.

Как и все образовательные мероприятия, организуемые А. О. Бухановским, школа прошла на очень

высоком уровне. 37 участников со всего юга России, в том числе главные врачи психиатрических больниц и психоневрологических диспансеров, были не пассивными слушателями, но активными диспутантами, а порой и со-докладчиками. Лекции чередовались с круглыми столами, с неформальными обсуждениями в кулуарах, за круглыми и некруглыми столами, в том числе с напитками и угощениями, а гости как всегда наслаждались гостеприимством сотрудников кафедры.

Заключительный аккорд школы — лекции ведущего специалиста по праву в психиатрии, руководителя юридической службы НПА России, кандидата юридических наук, советника юстиции Юлии Николаевны Аргуновой. Ей с трудом хватило двух дней на то, чтобы познакомить присутствующих с проведенным ею анализом российского законодательства о правах граждан с психическими расстройствами и практики его применения, рассказать о коллизиях, пробелах и отсутствии механизмов реализации законов и показать возможности преодоления этих трудностей; раскрыть такие актуальные темы как недееспособность и опека, врачебная тайна, правовое положение граждан с психическими расстройствами по новому жилищному законодательству и др.

Ю. Н. Аргунова также познакомила присутствующих с последними предложениями НПА России по совершенствованию правовых норм и деятельности по их продвижению, а президент НПА России Ю. С. Савенко поднял тему об общественной опасности лиц с психическими расстройствами, подчеркнув, что психиатры должны заниматься только психопатологическим аспектом опасности, и не выходить за пределы своих полномочий.

## О соблюдении прав детей-сирот при оказании психиатрической помощи

26 мая по приглашению Уполномоченного по правам ребенка Пермского края Павла Владимировича Микова представители НПА России (Л. Н. Виноградова, Е. И. Цымбал) посетили г. Пермь, где приняли участие в работе круглого стола “**О соблюдении прав детей-сирот при оказании психиатрической помощи**”, а затем посетили Пермскую краевую клиническую психиатрическую больницу. Круглый стол проходил под председательством Уполномоченного по правам человека Пермского края Татьяны Ивановны Марголиной, и в его работе приняли участие директора детских домов и коррекционных школ, руко-

водители социальных служб и отдела опеки, представители практической и научной психиатрии, правозащитники.

Как помочь детям сиротам, страдающим психическими расстройствами? Как лечить их и не сделать так, чтобы они стали изгоями? Как остановить необоснованные направления в психиатрические больницы за “плохое поведение”? — Эти вопросы постоянно являются предметом пристального внимания Т. И. Марголиной, а с февраля 2008 г. — еще и нового Уполномоченного по правам ребенка. Служба Уполномоченного чутко реагирует на жалобы детей-сирот,

но не хочет работать в режиме “пожарной команды”, а предпочитает серьезное исследование проблемы и разработку комплекса мер по преодолению имеющихся трудностей.

В Пермском крае давно проводится кампания по расформированию детских стационарных учреждений, устройству детей в приемные и замещающие семьи. В результате, количество воспитанников детских домов значительно сократилось, но с другой стороны — там остались самые трудные, многим из которых нужна помощь психиатра. Серьезность положения следовала и из подготовленной к Круглому столу аналитической справки по результатам диспансеризации детей-сирот, находящихся в стационарных учреждениях. У 3 тысяч обследованных детей в возрасте от 4 до 17 лет было выявлено 10 938 случаев заболеваний, т.е. в среднем по 3–4 заболевания на одного ребенка. По комплексной оценке состояние здоровья, 1 группу имели всего 0,8 % обследованных детей, 2 группу — 28,9 %, 3 — 48,4 % 4 — 17,7 % и 5 гр — 4,1 % обследованных детей. При этом у 65,8 % детей зарегистрированы психические расстройства, 40 % которых составили различные степени умственной отсталости.

Помещение ребенка в психиатрическую больницу вырывает его из его обычной жизни, дезадаптирует, зачастую дает негативный эффект. По свидетельствам сотрудников детских домов и Уполномоченного по правам ребенка, дети боятся направления в больницу, считают это наказанием за плохое поведение.

Однако, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Пермской государственной медицинской академии (ПГМА) Лев Зиновьевич Трегубов убежден, что слово “наказание” придумали взрослые. “Какое же это наказание? Это лечение, которое в определенных случаях необходимо, и нужно к этому соответствующим образом относиться”. По его словам, никто из детей не жалуется на плохое отношение к ним врачей в психиатрических больницах, они возвращаются окрепшие, отдохнувшие, а если были во взрослых отделениях — то часто еще и с подарками. — Да, действительно, дети не жалуются на грубость врачей, но тем не менее они как огня боятся помещения в психиатрическую больницу. Во-первых, свободы там гораздо меньше: все двери заперты на ключ, строгий режим, никуда без специального разрешения не пойдешь, ничего не сделаешь. Но самое главное, что пугает детей, это лечение. Большая часть детей плохо переносит назначаемые им препараты, а понимание того, что это необходимо, у них отсутствует. Поэтому неприятные стороны лечения воспринимаются ими как пытки, и они стремятся скорее освободиться от этого. Кроме того, неизбежная стигматизация накладывает негативный отпечаток на отношение к ребенку окружающих, препятствует его устройству в семью.

В соседней Свердловской области в этом отношении существует давно установившаяся практика. Главный детский психиатр Людмила Борисовна Ильяшева категорически запрещает принимать детей из интернатов, если они не в остром состоянии. Решение о помещении ребенка в психиатрическую больницу принимает специальная областная комиссия. Только при серьезных психических нарушениях ставится вопрос о госпитализации, в остальных случаях назначается амбулаторное лечение. “Главное — избежать бездумного направления в стационар. Ребенок действительно может неправильно вести себя в детском доме, но для этого есть провоцирующие факторы. Причину надо искать, прежде всего, в детском доме и работу начинать оттуда”, — считает Л. Б. Ильяшева.

В Пермском крае также имеется положительный опыт контроля за помещением детей-сирот в ПБ. В одном из детских домов организованы регулярные консультации опытного высоко квалифицированного врача-психиатра. Если психическое здоровье ребенка вызывает сомнение у педагогов, его показывают психиатру и начинается 2-х недельное наблюдение. Дополнительные записи, контроль за поведением на уроках, в свободное время и т.д. На педагога ложится дополнительная нагрузка, так что без особой нужды никто на такое не согласится. По результатам наблюдения проводится общее обсуждение относительно необходимости психиатрического лечения ребенка. Однако окончательное решение о направлении в ПБ принимается психиатром. Решен здесь и вопрос о соблюдении медицинской тайны: в какую бы больницу не стационарировали ребенка, ее профиль не сообщается.

Один из выходов из ситуации предложил участвовавший в работе круглого стола руководитель детской правовой программы НПА России, директор Московского Центра психолого-медико-социального сопровождения Евгений Иосифович Цымбал: “Во-первых, нужна сеть психиатрических клиник. Не одна в краевом центре, а несколько, в непосредственной близости к детским домам. Во-вторых — усиление амбулаторной службы, чтобы эффективное лечение могло быть организовано не только в условиях стационара, но и на территории детского дома. А для этого нужен грамотный персонал, который может понять, что связано с нарушениями педагогическими, а что является проявлением болезни”.

Как отметила в заключение Уполномоченный по правам человека в Пермском крае Татьяна Ивановна Марголина: “Круглый стол дал общую информацию о работе смежных ведомств, понимание необходимости поиска новых подходов. Нужны специальные программы по обучению персонала детских домов работе с детьми с девиантным поведением, нужны психологи по социальной реабилитации подростков. А для исключения фактов необоснованного помещения детей в психиатрические клиники необходимы спе-

циальные барьеры: и административные, и профессионально-медицинские, и общественные. Нового законодательства в сфере предоставления психиатрической помощи детям-сиротам сейчас не требуется. Надо лишь заставить работать уже существующие механизмы”.

Пермь — “либеральная столица” Сибири. Здесь развитое и сильное гражданское общество, много эффективно работающих правозащитных организаций, с которыми активно сотрудничают органы государственной власти. Поэтому не случайно среди рекомендаций Круглого стола была и такая: “обеспечить информирование воспитанников детских домов о правах и дополнительных гарантиях по их реализации в сфере охраны здоровья, оказания медицинской помощи, в том числе психиатрической”. Дети должны знать свои права и учиться их защищать.

В Пермской краевой психиатрической больнице (главный врач М. Н. Потешкин) сотрудники НПА исследовали ситуацию с помещением и лечением детей сирот из детских домов и интернатов. Из 20 детей, находившихся в это время в больнице, один проходил обследование по направлению военкомата, один — по направлению МСЭ, все остальные состояли под наблюдением психиатра и были направлены на лечение. Из них пятеро были старше 15 лет и, соответственно, сами давали согласие на лечение или обследование, хотя, конечно, вряд ли такое согласие можно назвать вполне добровольным и информированным.

Изучение историй болезни и беседа с врачами показали, что в Пермскую краевую больницу довольно легко принимают детей из детских домов, входя в положение интернатов. Куда деть трудного ребенка с

расстройством поведения, который способен дезорганизовать работу всей группы? А что делать летом, когда интернат выезжает на отдых? Ведь персонал тоже имеет право на отдых, многие уходят в отпуск. В некоторых детских домах персонал, не имея специальной подготовки в области психиатрии, побаивается детей с психическими расстройствами. Неизвестно, что от них можно ожидать. На всякий случай, лучше отправить в ПБ.

Оформлено все правильно: в каждую историю болезни вклеено подписанное опекуном согласие на стационарирование и на лечение, есть решения ВКК о необходимости стационарного лечения или обследования. Однако разобраться в том, насколько необходимым было направление ребенка в психиатрическую больницу, крайне сложно: все записи крайне лаконичны — “неправильное поведение”, “склонна к побегам”, “вынашивает планы суицида”, никаких примеров, никаких конкретных описаний. Преобладающие диагнозы: “умственная отсталость”, “психопатоподобный синдром”, “органическое расстройство личности”. Главный детский психиатр Свердловской области отказалась смотреть истории болезни: “нет никакой информации, не видно ребенка”. Назначение лекарств на отдельном бланке — листке назначений, который находится у медицинской сестры — “так удобней”. При этом обстановка в больнице хорошая, к детям относятся очень доброжелательно, прекрасный сад для прогулок, вкусная еда, хорошие возможности проведения досуга.

Чего же так боятся дети?

*Л. Н. Виноградова*

## Реформа в действии

### (Уральский опыт)

В Екатеринбурге уже много лет работает общественное объединение “Сутяжник”, многократно подтвердившее свою репутацию неутомимых жалобщиков на нарушения прав граждан Свердловской области, готовых защищать их права в судах всех инстанций, включая международные. Это именно они выступали в Европейском суде по правам человека в Страсбурге по делу Тамары Ракевич, добились специального вердикта Европейского суда о том, что российское законодательство недостаточно эффективно защищает права граждан с психическими расстройствами. Российским законодателям предписано разработать механизм прямого обращения в суд граждан, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, и обеспечить их возможностью быстрого и справедливо-го судебного разбирательства.

“Сутяжники” тесно сотрудничают с Уполномоченным по правам человека Свердловской области Татьяной Георгиевной Мерзляковой и Генеральным консульством Великобритании в Екатеринбурге. В рамках этого сотрудничества уже было осуществлено много интересных программ и проектов, в том числе по продвижению реформ в сфере психического здоровья. В 2007 – 2008 гг. это проект “Правовая помощь людям с проблемами психического здоровья в Свердловской области: британский опыт”.

В рамках этого проекта 27 – 29 мая 2008 гг. в Екатеринбурге был проведен круглый стол и два семинара: “Роль властных органов в защите прав лиц с проблемами психического здоровья: британский опыт и российская практика” и “Дискриминация и стигматизация лиц с проблемами психического здоровья: бри-

танский опыт изменения ситуации”. Для проведения семинаров из Великобритании приехали научный сотрудник Юридического факультета Эдинбургского университета (Шотландия) Хилари Патрик и директор по проведению кампаний неправительственной организации “See me” (Шотландия) Сюзи Вестри. В качестве экспертов российской стороны выступали руководитель общественной приемной НПА России канд. юрид. наук, советник юстиции Ю. Н. Аргунова и исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова.

Шотландия — небольшая часть Соединенного королевства Великобритании, которая по количеству населения и площади очень близка к Свердловской области, поэтому присутствующим было легко “примерять на себя” шотландский опыт в сфере правовой помощи людям с психическими расстройствами. По словам шотландских экспертов, примерно 25 % жителей имеют проблемы с психическим расстройством. При этом в Шотландии, как и во всей Великобритании, существует жесткое разделение между психическими расстройствами и умственной недостаточностью, которую относят к проблемам обучения. Люди с умственной недостаточностью никогда не поступают в психиатрические стационары, все они живут дома.

Реформа психиатрической помощи в форме деинституционализации началась в Шотландии еще в начале 1990-х годов, когда был принят закон о создании систем помощи по месту жительства. Переход от крупных психиатрических стационаров к более мелким приближенным к населению формам помощи потребовал больших финансовых вложений, и вскоре выяснилось, что такая форма помощи гораздо дороже, чем централизованные расходы на крупные психиатрические больницы. Однако это существенно повысило качество жизни людей с психическими расстройствами, дало им возможность интегрироваться в общество, устранило их изоляцию.

В Шотландии, как в подавляющем большинстве других стран, сфера психического здоровья финансируется значительно хуже, чем остальные отрасли медицины. По мнению экспертов, это связано с тем, что многие люди с психическими расстройствами не участвуют в выборах и поэтому не интересуют власти.

Сейчас основной вопрос состоит в том, как люди могут получить необходимую психиатрическую и социальную помощь. Психические расстройства — это ведь не только медицинская, но и социальная проблема. Важно предоставить людям услуги именно там, где они нужны и именно в такой форме, в какой они будут востребованы. Поэтому люди с психическими расстройствами и их родственники активно участвуют в планировании различных услуг в сфере психического здоровья, как медицинских, так и социальных.

Шотландия имеет собственное законодательство, и оно отличается высокой дифференцированностью в

области психического здоровья. Закон о психическом здоровье регламентирует применение недобровольных мер в сфере психиатрии, в его основе — закон о соблюдении прав человека. Существует отдельный закон о недееспособности, против дискриминации людей с психическими расстройствами при трудоустройстве, приобретении и найме жилья, воспитании детей и т.п., закон о людях в ситуации риска, закон о душевнобольных, совершивших преступление, и т.д.. Разработаны четкие стандарты в области социальных услуг и медицинской помощи.

В Шотландии много организаций, которые следят за выполнением закона. Одна из важнейших структур здесь — специальная комиссия по делам благополучия людей с психическими расстройствами. Членов комиссии назначает Королева Великобритании, и в ее состав входят врачи, психологи, медицинские сестры, юристы, родственники душевнобольных и бывшие пациенты. Комиссия является независимым органом, но ее деятельность финансируется государством. Члены комиссии посещают пациентов больниц, тюрем, контролируют использование недобровольных мер, проводят мониторинг ситуации в области психического здоровья, способствуют распространению “хорошей практики”, могут расследовать случаи нарушения прав пациентов, выступают инициаторами реформ в области психиатрической помощи.

Неправительственные организации оказывают широкий спектр услуг людям с психическими расстройствами: помогают устроиться на работу, найти жилье, предоставляют юридическую помощь, рассматривают жалобы. Все они имеют государственную поддержку, причем уровень финансирования очень высок. Так, например, неправительственная организация “See me”, одним из важнейших направлений деятельности которой является проведение кампаний по антистигматизации, получает от Правительства Шотландии до 1 млн. фунтов стерлингов в год.

В Шотландии большое количество юристов, однако специализирующихся по проблемам психиатрии не хватает, поскольку право в области психического здоровья не является академической дисциплиной, работа эта не слишком престижна и невыгодна.

Ключевым моментом является сотрудничество всех, участвующих в оказании психиатрической, правовой и социальной помощи людям с психическими расстройствами, учет их запросов и пожеланий. Закон заставляет сотрудничать всех участников процесса, требует совместного планирования действий, осуществления мультидисциплинарного подхода. Именно этот опыт шотландские коллеги стараются привить своим российским партнерам.

О том, как это получается, рассказала главный психиатр Свердловской области Ангелина Петровна Поташева, уделив особое внимание процессу продвижения реформы психиатрической помощи в Свердловской области.



Население Свердловской области составляет 4 300 тыс. человек, причем 13 % проживает в сельской местности. В области работает 14 психиатрических больниц, мощностью от 110 до 400 коек, 2 крупных наркологических и психотерапевтических стационара. Имеется специализированное отделение для принудительного лечения на 160 коек, 10 психиатрических отделений в общесоматических больницах, рассчитанных на 25 – 60 коек. Хорошо развита участковая служба, в отдаленных районах открыты 40 взрослых и 18 детских кабинетов психического здоровья. Таким образом, радиус доступности психиатрической помощи составляет 100 – 150 км.

За последние 10 лет количество коек в психиатрических больницах сократилось на 30 %, прежде всего, за счет расформирования больниц на 600 – 700 коек для хроников. Обеспеченность стационарной психиатрической помощью в Свердловской области составляет 10 коек на 10000 населения при средней по России — 11,3 койки на 10000 населения. И это не за счет снижения качества психиатрической помощи, а за счет обеспечения ее большей доступности, приближения к населению. Реорганизация психиатрической службы идет по пути расширения амбулаторной помощи и улучшения условий содержания в ПБ. Открыто 630 мест в дневных стационарах. Средняя длительность пребывания пациентов в стационарах сократилась до 42 дней. Если в 1997 году 917 человек находились на стационарном лечении более 1 года (включая психотуберкулезные больницы и отделения принудительного лечения), то в 2007 таких насчитывалось 400 человек.

До 2005 года средства на реформирование психиатрической службы выделялись из областной программы по развитию здравоохранения, с 2005 года — произошел переход на финансирование из бюджета федеральной программы, по которой ежегодно на бесплатное обеспечение лекарствами выделяется 30 миллионов рублей. В системе психиатрической помощи прочно заняли свое место новые специалисты: 152 психолога, 35 специалистов по социальной работе с высшим образованием. Есть и социальные работники, работающие с людьми с психическими расстройствами, и медицинские сестры по социальной помощи. Подготовка всех этих специалистов идет в Уральской медицинской академии и медицинском колледже.

В детской психиатрической помощи с 2002 года работают полипрофессиональные бригады, накопившие уже достаточно большой опыт оказания помощи и продемонстрировавшие свою эффективность.

Действует программа “защищенное жилье”. Это 30 мест в общежитии в Нижнем Тагиле, 30 мест в Первоуральске, 15 мест в Екатеринбурге (будет 25). Конечно, этого недостаточно, но, по мнению психиатров, общежитие — это не интернат, это место, где проходят реабилитацию, и пребывание здесь не дол-

жно быть длительным. С 2001 года через общежитие в Нижнем Тагиле прошло 96 человек. У 64 % пациентов процесс реабилитации носил позитивный характер: они были трудоустроены, наладили семейную жизнь, 30 % вернулись в свои прежние семьи. Некоторые нашли потом место в обычных общежитиях, уехали в сельскую местность, вернулись в семью.

Однако по-прежнему остается много проблем, среди которых А. П. Поташева назвала высокую стигматизацию психиатрических пациентов и отказы судов в разрешении на недобровольную госпитализацию. Процент отказов не был назван. Между тем, в целом по стране этот показатель составляет менее 0,5 %, так что вряд ли можно упрекать суды в невнимании к мнению психиатров. А если местные правозащитные организации, в первую очередь, “Сутяжник”, пытаются оспаривать заключения психиатров о необходимости недобровольных мер в суде, так это нужно рассматривать как полезный опыт, поскольку психиатры должны уметь обосновывать свои заключения и убеждать в их правильности.

Другая серьезная проблема, по мнению, главного психиатра области, — накопление в обществе психиатрических пациентов, которые не получают помощь. Закон не позволяет лечить их недобровольно пока их состояние не будет соответствовать критериям применения недобровольных мер, а сами они от лечения отказываются. В результате, психиатры запаздывают с началом лечения, и пациенты быстро инвалидизируются. А. П. Поташева считает, что Закон о психиатрической помощи требует поправок, в частности, расширения права психиатров на недобровольное лечение пациентов без санкции суда.

В Свердловской области работает много неправительственных организаций, ориентированных на социальную помощь людям с психическими расстройствами. Это, например, “Центр семейной терапии” в Нижнем Тагиле и “Благое дело” (пос. Верх-Нейвинский). Центр семейной терапии объединяет психиатров, психотерапевтов, психологов и других специалистов, усилия которых направлены на семьи людей с психическими расстройствами. Они убеждены, что для повышения эффективности лечения и реабилитации семью нужно сделать партнером врачей и социальных служб. Организация “Благое дело” занимается трудовой реабилитацией людей с психическими расстройствами, создала для этого несколько мастерских, привлекла высококвалифицированных специалистов и старается включить людей с психическими расстройствами в творческий процесс, который сам является могучим лечебным средством. К сожалению, в нашей стране неправительственные организации не имеют постоянной государственной поддержки и вынуждены существовать за счет иностранных грантов и волонтерских усилий своих членов. В прошлом году “Благое дело” впервые получило грант от “Общественной палаты”, который позволил существ-

венно поправить финансовое положение организации и начать оплачивать работу квалифицированных специалистов.

Руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова познакомила присутствующих с результатами проведенного ею анализа российского законодательства о правах лиц с психическими расстройствами и практики его применения, показала многочисленные коллизии, пробелы, отсутствие механизмов реализации законов. Нарисованная ей панорама была довольно неутешительной, однако она назвала несколько простых правил, помогающих выходить из трудных правовых положений: это верховенство международного права, а внутри российского законодательства — приоритет того закона, который предусматривает больший объем прав. Ю. Н. Аргунова обрисовала также — на примере НПА России — те широкие, подчас неожиданные, возможности, которыми располагает профессиональная общественная организация в области защиты прав лиц с психическими расстройствами и в области продвижения реформ в сфере психического здоровья. Эти возможности хорошо перекликались с рассказом шотландских экспертов об их деятельности, вот только бюджет НПА на порядок меньше, да и поддержки государства она пока не имеет, работает, в основном, на энтузиазме.

Исполнительный директор НПА России и член Экспертного Совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации Л. Н. Виноградова рассказала о решительном сдвиге в области реализации 38-й статьи Закона по созданию государственной “независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”. В течение последних трех лет это стало приоритетной задачей Ассоциации, в результате чего удалось преодолеть один из основных камней преткновения: выбрать оптимальное для Службы место в структуре государственного устройства — при Уполномоченном по правам человека в Россий-

ской Федерации, и склонить к этому выбору все стороны. Принято решение о внесении поправок в закон об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации и проведении эксперимента по созданию Службы (в новом варианте — Бюро) в двух федеральных округах Российской Федерации — Приволжском и Уральском.

Оба региона не случайно выбраны местом старта новой работы. Мы всегда подчеркивали, на примере хорошо известных нам усилий коллег по профессиональной и правозащитной деятельности в Ростове-на-Дону, Екатеринбурге, Перми, Нижнем Новгороде, Архангельске и др., что реформы успешнее всего пойдут не в столице, а в регионах, где само разнообразие условий и открытость новому служат могучим стимулом развития. Три года назад представители НПА России проводили круглый стол в Екатеринбурге совместно с Уполномоченным по правам человека в Свердловской области, вездесущим “Сутяжником” и местной психиатрической службой, на котором обсуждалась возможность создания Службы защиты прав пациентов, страдающих психическими расстройствами, в Свердловской области. Депутаты Свердловской областной Думы не поддержали тогда подготовленный законопроект, однако работа в этом направлении была продолжена. Теперь Свердловская область вновь имеет возможность выступить пионером реформирования психиатрической службы.

Накопленный опыт, как и проведенные круглый стол и семинары, очередной раз подтвердил, что для обеспечения эффективности проводимых реформ необходимо продуктивное межведомственное сотрудничество, объединение усилий общественных и государственных организаций, обмен опытом с зарубежными коллегами и критическое осмысление зарубежного опыта в поисках собственного пути реформирования психиатрической службы.

*Л. Н. Виноградова*

## Серийные сексуальные убийцы в романах Томаса Харриса

### Психолого-психопатологический портрет

Перехов А. Я., Солдаткин В. А. (Ростов-на-Дону)

Возрождающаяся в последние годы наука патография — особый раздел психиатрии, изучающий изображение психических расстройств в художественном творчестве (психопатологические портреты), а также влияние различных заболеваний на само творчество деятелей культуры. Патография — это биография, написанная психиатром с использованием его специальных знаний. (Н. Г. Шумский, 1999). Настоящее сообщение посвящено теме специфического профессионального прочтения нескольких романов молодого писателя Томаса Харриса, написанных в жанре психологического триллера-детектива. Необходимо указать, что анализ проводится только с помощью клинико-феноменологического и клинико-психопатологического методов, а не путем использования художественного метода. Психологическая убедительность и абсолютная достоверность вымышленных действующих лиц хорошей литературы, кино, других видов творчества выводят их за пределы пространства, ограниченного содержанием художественного произведения.

Томас Харрис — писатель и журналист, родился в 1940 в городке Джексон, штат Теннесси, США. Работал как репортер в газетах по следам полицейских патрулей, затем работал в Ассошиэйтед Пресс, где получил большой опыт общения с миром преступности. Часто он присутствовал как журналист на громких судебных процессах с участием убийц и сексуальных маньяков. Смерть одиннадцати израильских атлетов в Мюнхене на Олимпийских играх 1972 года подтолкнула Харриса написать роман “Чёрное воскресенье”, ставший бестселлером в 1975 году. Успех книги позволил Харрису посвятить себя писательству целиком. Следующей книгой Харриса стал “Красный дракон” (1981 год). Это первая книга, где появляется доктор Ганнибал “Каннибал” Лектер. Она также стала бестселлером и была дважды экранизирована. Наибольший успех и широчайшую известность Томасу Харрису принесла его вторая книга про доктора Г. Лектера “Молчание ягнят”, вышедшая в 1988 и экранизированная режиссёром Джонатаном Демми в 1991 (5 премий “Оскар”). Третья книга о докторе Лектере — “Ганнибал” была опубликована в 1999 году и экранизирована в 2001 году. В 2006 году вышли чет-

вертая книга этой серии — книга и одноименный фильм “Ганнибал, молодые годы”, рассказывающие о его юности. Фактически во всех романах достаточно полно описываются три серийных сексуальных убийцы — Ганнибал Лектер (во всех книгах), Фрэнсис Доллархайд (“Красный дракон”) и Джейм Гамб (“Молчание ягнят”). Если в первых романах, где Лектер не был центральной фигурой розыска, его образ был интересен и в чем-то мог соответствовать реальной жизни, то в дальнейшем его описание как с психологической, так и психопатологической точки зрения стало совершенно недостоверным. Чего стоит восстановление у Лектера нормативной сексуальности и женитбы на секретном агенте ФБР Клариссе Старлинг! Попытка психолого-психопатологического объяснения возникновения парафильного поведения у Лектера тяжёлым импринтингом, связанным с гибелью и съедением его сестры, формально логична, но вырванная из комплексного и сложного генеза возникновения зависимого сексуального поведения, становится неубедительной. А вот при рассказе о двух других “маньяках” Харриса не подвел его талант создания почти абсолютно точных образов, которые соответствуют “правде жизни”, а не только “правде вымысла”. Харрис смог не сфальшивить, не соединить в их образах гетерогенные черты. Безусловную роль при этом сыграл обширный журналистско-судебный опыт и, судя по всему, знакомство с материалами судебно-психиатрических экспертиз. Кстати и в изображении положительных героев, оперативных работников, розыскников Уилла Грина и Клариссы Старлинг Харрис широко использует не только точные психологические портреты, но и описывает пограничные психопатологические расстройства. Так, Грин вообще лечился в психиатрическом стационаре по поводу выраженной депрессии после вынужденного убийства очередного серийного убийцы, проявляет в дальнейшем отдельные симптомы посттравматического стрессового расстройства с элементами “синдрома выгорания”. Молодой агент, фактически еще студентка академии ФБР Кларисса Старлинг проявляет невротические симптомы в виде навязчивых воспоминаний о смерти отца, а также в связи со своей неудачной детской попыткой спасти от смерти беззащитных

ягнят; не случайно роман был и назван “Молчание ягнят”. Анализ психического состояния обоих героев частично проводится психиатром Лектером, причем не столько с психоаналитических позиций (что крайне модно для западноевропейской, а особенно для американской культуры), а с использованием феноменологии и психопатологии.

*Психолого-психопатологический портрет Ф. Доллархайда.* Нежеланный ребенок и для матери и для родного отца, который к моменту рождения уже бросил семью, будучи потенциальным алкоголиком и наркоманом. Родился с тяжелым врожденным уродством — одновременно и заячьей губой и волчьей пастью, при этом приемлемые косметические результаты были достигнуты только в зрелом возрасте, все равно оставив массу проблем в виде затруднения произношения, глотания. До старшего детского возраста сохранялся энурез. Все это свидетельствует о церебральной предрасположенности, описанной для всех случаев сексуального зависимого поведения (Бухановский А. О. с соавт., 2002). Мать отказалась от сына, он воспитывался в детском доме, подвергался унижениям и презрению со стороны других воспитанников, отзывался не на имя, а на кличку “свиное рыло”. Речь идет об отсутствии правильного воспитания, социальной депривации, постоянном чувстве унижения. С 5-летнего возраста воспитывался психически неадекватной бабушкой — как минимум с выраженными личностными и характерологическими проблемами: ненависть и холодность по отношению к единственной дочери, которую она выгнала из дома из-за “незаконной” беременности, затем назло же дочери она забрала Фрэнсиса из приюта, продолжала использовать ребенка для проявления своей неприязни к дочери, передавая ее и внуку. Именно с помощью уродливого внука она мстила не только дочери, но и ее новой семье, приводя Фрэнсиса на политические собрания, чтобы разрушить карьеру мужа дочери. Т.е. налицо неадекватная система общего воспитания, нарушения идентификации со своим полом. Мальчик рос в обстановке приюта для слабоумных стариков, практически не общался со сверстниками. Очень показателен яркий эпизод с ночными страхами мальчика, энурезом на фоне страха одиночества. Презрение бабушки, оскорбление — “грязный маленький ребенок” и угроза кастрации ножницами — мощнейший импринтинг на всю оставшуюся жизнь. Уже во взрослом возрасте Фрэнсис просыпался среди ночи, обязательно одевал зубы и садился на унитаз — “как все нормальные дети” по запомнившемуся требованию бабушки. Следующим импринтингом становится естественный эпизод с детской сексуальной игрой, когда в момент взаимного рассматривания гениталий в сарай забежала обезглавленная курица, забила в пыли, брызгая кровью на ноги девочки. Это становится известным бабушке, которая вновь жестоко наказывает маленького Фрэнсиса, оставляя его на много часов под угро-

зой кастрации за “неприличность”. Другим последствием становится убеждение, что предала служанка, к которой (единственной) он испытывал доверие; впоследствии не нашлось ни одного человека, который понимал и сочувствовал Доллархайду. Практически сразу возник первый садистически-вампирический эпизод — отрубание головы у цыпленка, затем неоднократное отрывание голов у птиц с получением сладострастного удовольствия от мучения живого существа и вида крови. В последние годы жизни с бабушкой, которая постепенно сходит с ума сначала в виде паранойи, затем агрессии, бреда и галлюцинаций, после чего попадает на лечение в психиатрическую клинику, сопровождаются постепенным усилением девиантного садистического поведения. В старшем детском возрасте — отвержение матерью, издевательства со стороны единоутробных брата и сестры, которым он мстит жестоким убийством любимого кота. Уже в юношеском возрасте явно начинают проявляться сексуальные девиации: подглядывание за женщинами, в том числе пожилого возраста, попытки сексуальной агрессии (чтобы не попасть из-за этого под суд был вынужден уйти служить в армию), коллекционирование медицинских фильмов о тяжелых травмах, при просмотре которых занимается мастурбацией. Формируется по характеру как выраженный акцентуант — живет один в огромном пустом доме, ни с кем не дружит, сторонится женщин. Склонен к ригидности и торпидности во всех проявлениях своей жизни — спит на той же узкой кровати, что и в детстве, фетишизирует бабушкины вещи, ее волосы в расческе, оставшийся зубной протез, который использует для каннибально-садистических целей и т.п. Также постепенно усиливается нарциссизм — вначале культ собственного тела, затем восхищение собой уже в образе Дракона (с нанесенной татуировкой). Характерно, что тренируется в маске, так как в зеркале не должно быть напоминания о его уродливости, неполноценности. Гиперкомпенсаторное поведение приводит к культу физического состояния и многочасовым тренировкам. Чувствуя свою сексуальную несостоятельность, испытывает ненависть и презрение к женщинам, особенно если они ведут себя эмансипировано и свободно сексуально. Не случайно, что нормативная сексуальность проявляется у Доллархайда со слепой женщиной, когда он не испытывает глубинных комплексов своей мужской и человеческой неполноценности. Успешный нормативный секс впервые позволяет проявить какие-то адекватные эмоции, на фоне которых Доллархайд пытается даже впервые бороться с патосексуальным влечением убийства и даже пытается сохранить жизнь этой женщине. Именно огромное ощущение неполноценности приводит к мыслям о перевоплощении в могущественного Красного Дракона, который олицетворяет абсолютную власть и отомстит за “безграничное дерьмо, которое всю жизнь получал от людей...”. Садистическое убийство репор-



тера происходит в первую очередь из-за того, что тот напрямую намекает на его сумасшествие и гомосексуальность. Психологическое оправдание находит в своей “уникальности”, учится у Лектера, как самого известного маньяка, но предполагает его превзойти. Как и большинство серийных убийц интересуется, что о нем сообщают средства массовой информации, собирает о себе вырезки из газет и журналов. В период убийства проявляет выраженный садизм, некрофилию, обязательно записывая все происходящее на киноплёнку, чтобы потом в спокойной обстановке вновь ощутить сладострастные ощущения. Аналогичное поведение наблюдалось в реальной жизни у невинномысского маньяка, заслуженного учителя РСФСР А. Е. Сливко, снимавшего все свои действия на киноплёнку, с помощью которой коротал вечера в период отсутствия жертв и вынужденной абстиненции.

**Психолого-психопатологический портрет Д. Гамба.** Главный серийный убийца “Молчания ягнят” занимает уже места меньше, чем Доллархайд в “Красном драконе”, так как его оттесняет на второй план более экзотичный персонаж — интеллектуальный, почти гениальный маньяк-психиатр. Тем не менее, правда факта и здесь достаточная, хотя при описании Гамба Харрис уже значительно меньше места уделяет детству и юности преступника, не давая четких, как в предыдущем романе, описаний доболезненной предрасположенности. Он родился вне брака, у матери-одиночки, которая начала злоупотреблять алкоголем сразу после его рождения и бросила сына в два года. С двух до десяти лет Джейм живет в приюте, затем с бабушкой и дедушкой, в 12 лет он их зверски убивает, но причинам этого, мотивации писатель не уделяет ни строчки. Долгие годы мальчик проводит в центре реабилитации (до совершеннолетия). Коротко, но четко сообщается, что именно там, фактически в детской тюрьме он неоднократно подвергается насилию и вступает в гомосексуальные контакты. Действительно, практически все будущие убийцы-садисты в детстве подвергались сексуальным домогательствам и насилию, как это наблюдалось у другого известного новочеркасского маньяка-поэта Муханкина. Тогда же впервые он начинает примерять на себя “женскую роль”, используя кроссдрессинг в рамках быстро прогрессирующего фетишного трансвестизма. Получил специальность портного, работал в антикварной лавке, где делал из бабочки всевозможные орнаменты, пристрастился к бабочкам и мотылькам, изучал стадии их развития. Эти знания и увлечения в дальнейшем вошли как оперантное научение в структуру парафильного поведения (шитье одежды из женской кожи, помещение мотыльков в тело убитых, как символ перевоплощения в прекрасное). Также профессия портного позволяла совершать поездки по разным городам (за заказами), что позволяло долго безнаказанно охотиться на девушек, а затем топить их тела. Первое убийство (Клауса — нового протеже своего гомо-

сексуального любовника Распейла) совершается вроде бы не по сексуальным мотивам, а из-за ревности, но уже приобретает грубо девиантный характер с признаками фетишизма, глумления над трупом. Первые убийства девушек — еще без сдирания кожи — в виде садистической охоты в подвале в полной темноте с помощью прибора инфракрасного видения. Очень четко писателем показано, что Гамб не был “ядерным гомосексуалом”, а фактически был бисексуалом (первая жертва Федерика Биммел, с которой была снята кожа для пошивы одежды, была в него влюблена и имела с ним близкие отношения). Гомосексуальное поведение, а в дальнейшем синдром отвергания пола были следствием нарушения сексуальной идентификации, развившейся по механизмам прогрессивного аутоэротического зависимого поведения. То, что его влечения аутоэротичны, четко показано в эпизодах общения с последней жертвой, которую он называет “оно”, не хочет знать ее имени, так как в своих жертвах не видит людей, а только материал для реализации патосексуального влечения. В эротизирующих моментах переодевания в женскую одежду, сшитую из кожи жертв, проявляет такое парафильное поведение, как аутомоносексуализм, когда танцует перед видеокамерой, спрятав гениталии между бедер. При этом говорит о себе в женском роде, просит его “трахать”, использует утрированно тонкий голос, обильно использует женскую косметику. В связи с парафильной, а вовсе не транссексуальной установкой, как на это указывает Лектер Клариссе Старлинг, он хочет изменить свой пол на женский, т.е. превратиться в прекрасную бабочку, для чего принимает женские гормоны, пытается вырастить грудь, избавляется от растительности, выращивает мотыльков и символически вкладывает в рот жертв. Он неоднократно обращается в клиники косметической хирургии, но получает отказ, что дополнительно ожесточает Гамба. Свое тело он уже ненавидит, поэтому во время купания старается не прикасаться руками к ненавистным частям тела — гениталиям. Нарциссизм достаточно резко выражен, поэтому он постоянно снимает себя на видео, делает фотографии. Перед убийством и снятием кожи — ритуал: просматривать фильмы с участием своей матери (при этом он ошибочно принимает за мать другую девушку из фильма, так как свою мать не помнит), болезненно подсознательно идентифицируя себя с матерью. Кроме любви к образу матери, испытывает выраженную привязанность к пуделю, при угрозе жизни которому сильно переживает, проявляя парадоксальной силы чувство. Писатель подробно описывает состояние Гамба перед убийством и снятием кожи — приподнятое настроение, легкость — “хочется летать”, очень похожее на предзапойное состояние алкоголика или патологического игрока, как при других формах зависимого поведения. Убивать надо голым и испытывать радость от крови на голом теле. Четко по-

казана интеллектуальная сохранность при проведении искусственной охоты на жертв, когда притворялся раненым (больным), просил о помощи. Индивидуальная предпочтительность жертв — всегда полные и высокие девушки — только для того, чтобы получить больше кожи.

Клинико-феноменологический анализ приведенных случаев позволяет утверждать, что в обоих романах блестяще описан жизненный путь двух душевно больных людей. Определяющим вектором феномена болезни является совершение внешне немотивированных, максимально жестоких убийств. Описанные проявления душевной жизни героев, их действия как при реализации болезненного влечения, так и вне этих эпизодов, однозначно не носят психотического характера, а продиктованы болезненно извращенным влечением — к убийству человека. Реализация этого влечения является доминирующим, сверхважным жизненным мотивом, вытесняя все иные, подавляя инстинкты, в том числе инстинкт самосохранения. Это позволяет квалифицировать оба случая как гомоцидоманию (вариант болезни зависимого поведения, нехимическую зависимость).

По Бухановскому А. О. (2003), ряд криминалистических признаков серийных, сексуальных преступлений может отражать особенности психического нездоровья преступника и содержать информацию, познание, осмысление и объяснение которой требует специальных познаний психиатра. К ним могут быть отнесены:

1. Неоднократность (многоэпизодность) — один из квалифицирующих признаков серийного, сексуального насилия [Антонян Ю. М. с соавт., 1999].

2. Неясность мотивов совершения преступных деяний [Колесник В. М., 1998; Антонян Ю. М. с соавт., 2000б].

3. Стереотипный характер осуществления — стремление к повторению сексуальной агрессии в сходных обстоятельствах и местах, однотипным способом при высокой степени сходства жертв и пр., что позволяет выделять патосексуальный криминальный почерк преступников [Антонян Ю. М. с соавт., 2000].

4. Необычная “извращенная” жестокость, нелепость (с позиций неспециалиста) способов сексуального удовлетворения, таких, как калечение грудных желез, гениталий, прямой кишки, брюшной полости [Brittain R. P., 1970], укусов, признаков вампиризма и каннибализма (“Ганноверский людоед”) [Lieber J. A., 1985; Venecke M. et al., 2002]. Одного лишь этого R. Kraft-Ebing [1997] считал достаточным для предположения о болезненной основе сексуальной агрессии.

5. Обычно, серийный убийца оставляет тело в положении, в котором произошло убийство. Однако некоторые преступники специально обставляют место совершения преступления. По данным M. P. Dietz [1990], изучившего 30 многоэпизодных сексуальных

садистов, часть из них специально подготавливали и оформляли обстановку, реквизит, костюмы и, даже, разрабатывали развернутый сценарий своих преступлений. Подчеркивается, что подобные действия, независимо от их специфики, носят ритуальный характер, в котором заключен психологический (или патопсихологический) смысл. В таких ритуалах нередко выявляется определенная динамика, связанная с нарастанием интенсивности применяемого насилия и тяжести последствий. Наличие этих признаков почти исключительно является проявлением серийных убийств и должно служить основанием не только для выдвижения следственной гипотезы о начале или продолжении серии убийств, но и о прогрессировании психических расстройств у преступника и о необходимости психологического и клинического анализа серии [Михайлова О. Ю., 2001]. Именно такие действия совершали оба описанных литературных героя, реализуя болезненное влечение.

6. Частое использование, помимо генитального, орального или анального полового акта с жертвой или ее трупом, мастурбации и негенитальных способов проникновения в естественные отверстия жертвы и в ее тело [Бухановский А. О. с соавт., 2000; Антонян Ю. М. с соавт., 1999]. Справедливо отметить, что еще Р. Крафт-Эбинг [1909] относил подобное поведение к садистскому коитусу.

7. Высокий уровень (до 2/3 серийных убийц) рецидивности [Нихотина А. А., 1998; Хамуков А. В., 1998; Антонян Ю. М. с соавт., 2000; Prentky R. et al., 1997; Namill R., 2001].

8. Преимущественно молодой (до 25 лет, пик к 29 годам) возраст дебюта агрессивных сексуальных действий [Антонян Ю. М. с соавт., 1997]. О. А. Бухановская [2003] показала, что молодой возраст — один из факторов, влияющих на риск возникновения опасных действий. Серийные сексуальные убийцы, страдавшие садизмом, совершили первые криминальные сексуальные действия в более раннем (пубертатном и постпубертатном) возрасте, чем серийные сексуальные преступники, страдавшие алкоголизмом.

9. Совершение серийных, сексуальных убийств в одиночку, “... как правило, без сообщников” [Бухановская О. А., 2003; Антонян Ю. М. с соавт., 1997].

10. Наличие индивидуального криминального почерка (*modus operandi*), иногда — еще и подписи (*signature*) [Birnes W. et al., 1997; Walter R. D., 2000].

11. Устойчивая повторяемость способов насилия при абсолютном преобладании контактных (применение удушающих приемов, колюще-режущих и случайных предметов и т.п.), а не дистантных (огнестрельное оружие) его видов [Лоренц К., 1994; Колесник В. М., 1998; Антонян Ю. М. с соавт., 2000; Leonhard K., 1964; Hazelwood R. R. et al., 1980; Hickey E. W., 1991]. К. Лоренц (1994) связывал это с состоянием психического здоровья преступников: состояние спасает банального или “единичного” убий-

цу от раздражающей ситуации прямого контакта с жертвой, тогда как психически больному, в частности садисту, потребен именно кровавый результат своих действий и контакт подчиненной жертвы, что требует “ручной работы”, нередко в прямом смысле слова. Смысл такого насилия заключается в максимальном слиянии с жертвой и первобытным характере манипуляций с ней, порой с использованием ногтей и зубов. В выборе оружия как раз и проявляются психолого-психиатрические характеристики преступника: холодное оружие, изделия хозяйственного инвентаря, нижнее белье или части одежды жертвы [Д. А. Корепкий, 1998].

12. Известный факт — жертвами серийных сексуальных преступников чаще становятся молодые женщины и дети обоего пола, особенно делинквентные [Rigdon J. D. et al., 1971; Tapia F., 1971; Felthous A. R., 1980; 2003; Wochner V. M. et al., 1988; Benecke M. et al., 2003]. J. Levin, et al. [1985, 1987] выделил две общие характеристики жертв серийных убийц: (1) физическую и психическую уязвимость и (2) сниженный социальный контроль.

13. Не бесспорным, требующим дополнительного психиатрического анализа, является предположение о том, что объектом садистских, сексуальных актов может стать не только человек (женщина, мужчина, ребенок, старик), но и животное.

14. “Специализация” на четко очерченном типе жертв, индивидуальное предпочтение некоторых внешних признаков, например, длинных темных волос у молодых женщин (серия Т. Bundy), молодых мужчин африканского происхождения (серия W. Wayne) [Myers W. C. с соавт., 1994], девушек пубертатного возраста, одетых в черные колготки [Бухановский А. О. с соавт., 1998 в].

15. Деперсонифицированный характер отношений с жертвами [Михайлова О. Ю., 2001; Бухановская О. А., 2003; McGrath M. G., 2000].

16. Отсутствие раскаяния в содеянном и жалости к своим жертвам, полное к ним равнодушие [Антонян Ю. М. с соавт., 1999].

17. Часто жесткая совокупность садистских действий с действиями, квалифицируемыми иными составами преступлений. Наиболее часто (33 %) это совокупность садизма и грабежа или разбоя [Нихотина А. А., 1998; Ю. М. Антонян с соавт., 2000; Simon L., 1997].

18. Абсолютное преобладание среди серийных, сексуальных преступников мужчин.

19. Неодинаковые промежутки времени между отдельными эпизодами, которые со временем учащаются [Антонян Ю. М. с соавт., 1999].

Большинство указанных признаков отчетливо обнаруживаются в психологических портретах рассматриваемых литературных персонажей. Однако типировать расстройство можно лишь на основании психопатологической оценки феномена в симптомах и синдроме, а не по сходству отдельных признаков расстройства, пусть даже почти маркерных.

В обоих случаях отчетливо выявляется синдром психофизической зависимости от патосексуального поведения: обсессивно-компульсивное влечение; состояние психофизического комфорта/дискомфорта в/вне патосексуальной ситуации; измененные формы переживания патосексуальной ситуации с эротизирующим, мобилизующим, тонизирующим, гомеостабилизирующим, седативным эффектами. Обнаруживаются признаки синдрома измененной реактивности, который включает учащение эпизодов и рост патосексуальной толерантности как по интенсивности (сокращение промежутка между убийствами), так и по экстенсивности (расширение возможных объектов агрессии). Наконец, изменения (заострение, деформация, оскудение) личности у обоих литературных персонажей соответствуют изученным и описанным (Бухановский А. О., 2003).

Структурно-динамическая модель развития болезни в обоих случаях не расходится с реальной клинической практикой, знакомой судебным психиатрам. Описанные выше яркие предрасполагающие факторы, создавшие уязвимость психики, обеспечили импринтингодоступность (Бухановский А. О., Солдаткин В. А., 2005) и создали условие для начала латентной стадии, проявлявшейся, прежде всего, патологическим фантазированием. Затем расстройство перешло на инициальную стадию (обсессивных фантазий), и, позже — на этап развернутой клинической картины (зависимое садистское поведение).

Приведенный патографический анализ, на наш взгляд, интересен и полезен — поскольку позволяет в литературном произведении, в преломлении таланта писателя еще раз проверить научные гипотезы оценки психического состояния серийных убийц.



## Московский оригинал (проф. Г. А. Захарьин)

Среди всевозможных чудаков и сумасбродов, то изумлявших, то ужасавших, но чаще забавлявших московских обывателей во второй половине XIX столетия, профессор Г. А. Захарьин (1830 – 1897) занимал чуть ли не первое место. Слухи о необычных его проказах и фортелях становились порой основной темой застолий бесед и пересудов среди врачей. Однако раньше других кое-какие странности в его поведении и манерах уловили студенты — публика извечно любопытствующая и готовая подолгу обсуждать достоинства и недостатки своих наставников.



### Чудаковатый профессор

Еще в 1860-е годы, когда Захарьин служил экстраординарным профессором медицинского факультета Московского университета, студенты заметили, что он никогда не подъезжал к своей клинике на Рождественке в коляске, запряженной парой лошадей, а пользовался только пролеткой, неторопливо влекомой старой и смиренной кобылой. Зимой же не было случая, чтобы его доставили в присутствии на санях с застегнутой медвежьей полостью, — даже в крепкий мороз он накрывался пледом. Немного позднее выяснилось, что этот высокий, чернородый, довольно энергичный человек плотного телосложения постоянно опасался всех мыслимых и немыслимых дорожных происшествий, но пуще всего боялся застегнутой полости в санях, поскольку из нее нельзя было ни выпрыгнуть, ни благополучно вывалиться, если сани вдруг перевернутся [1].

Вслед за тем обнаружилось еще одно его свойство: на лекциях он не терпел ни малейших проявлений недостаточного внимания к его словам. “*Господин студент!* — грозно вопрошал он, увидев, как один из его слушателей осмелился вертеть в руках карандаш. — *Как ваша фамилия? Что Вы делаете? Вы путаете мои мысли! Я не могу продолжать лекцию! Вы точно кавалерист какой!*” [2] Если же студенты на первом ряду позволяли себе какие-то произвольные движения ногами, он прекращал лекцию и, скрестив на груди руки, взволнованно произносил: “*Не могу! Не выношу! Прошу вас, господа, не качать ногами!*” [3]. Особенно возмущал его любой, пусть самый незначительный и невинный шум в аудитории. Достаточно

показателен в этом отношении рассказ одного из его бывших слушателей:

“*В 1868 году на одной из его клинических лекций мне пришлось сидеть непосредственно позади него; записывая за ним лекцию в большую тетрадь из толстой бумаги и торопясь, я перевернул лист весьма быстро, причем последовал громкий звук хлопанья и шум шелеста бумаги. В этот момент Григорий Антонович остановился на полуслове и стал тяжело дышать. Вся аудитория как будто замерла, в тишине слышно было только дыхание больного и одышка профессора. Товарищи устремили на меня взгляды, полные укоризны, что вот де из-за тебя можем потерять лекцию. Нам, по преданию, было известно, что Григорий Антонович не переносит во время разбора большого постороннего шума, почему и было условлено, чтобы опоздавший на лекцию во время ее уже не входил в аудиторию. Со своей стороны я сидел в страхе и ожидании грозы или бури, но никакой бури не последовало. Когда миновала одышка, обернувшись в мою сторону, Григорий Антонович сказал, не возвышая при этом голоса: «Я все делаю, чтобы избавиться от тягостной для меня раздражительности, вот, посмотрите мой затылок, жгу его йодистой настойкой, не щадя, но ничего не могу поделать. Прошу вас, будьте поосторожнее». И продолжал лекцию»* [4].

Столь обостренное на протяжении многих лет восприятие несущественных шумов и оптических воздействий свидетельствовало о патологически повышенной чувствительности — стойкой психической гиперестезии как совершенно заурядном проявлении эмоциональной нестабильности. Однако у Захарьина слуховая гиперестезия с неадекватной реакцией на всякий неожиданный звук и даже шорох приобретала уже характер так называемого симптома заведенной пружины, нечаянно выдававшего его постоянную аффективную напряженность.

Общая психическая гиперестезия в клинике невротических расстройств сочеталась нередко с выраженными и продолжительными болезненными ощущениями по ходу позвоночника, в пояснично-крестцовой области и в нижних конечностях. Такой болевой синдром отдельные психиатры XIX века определяли как спинальную ипохондрию или спина-



льную неврастению, но терапевты и хирурги рассматривали только как ишиас (ишиалгию) органического происхождения. Был ли у Захарьина подлинный корешковый синдром или его терзала психогенная невралгия, ныне установить нереально. Известно лишь одно: в конце 1871 года он решился на операцию вытяжения седалищного нерва в связи с предполагаемым хроническим невритом [5].

Здравомыслящие и осторожные врачи неизменно отвергали такого рода хирургические вмешательства в силу их необоснованности, безуспешности и небезопасности, но для лиц, страдавших ипохондрическими расстройствами и жаждавших чуда быстрого и радикального избавления от своих тягостных ощущений, эти операции (иногда повторные) обладали особой притягательностью. Впоследствии Захарьин на одной из своих лекций высказался о хирургическом вытяжении седалищного нерва довольно сдержанно: *“Надо мною самим проделали эту операцию: друзья постарались. Что же? Я благодарен хирургу: я остался жив и невредим, но пользы от этого не получилось ни малейшей”* [6].

Пользы от “варварской”, по выражению того же Захарьина, операции действительно не было никакой, зато вреда — в избытке. Бессмысленное и, главное, кровавое хирургическое вмешательство не могло не привести к образованию множества спаек, сдавивших седалищный нерв. Веским подтверждением этого необратимого патологического процесса стали атрофия мышц нижней конечности и пожизненный болевой синдром (теперь уже преимущественно органической природы). С тех пор Захарьин, по словам его любимого ученика профессора Н. Ф. Голубова, часто сравнивал свой, фактически ятрогенный ишиас с “ядром, прикованным к ноге каторжника” [7].

После операции его поведение совершенно преобразилось. Поглощенный неустанными заботами о больной ноге, он прежде всего свел до минимума свои профессорские обязанности, ограничив их одним лишь чтением лекций. Больных, поступавших в терапевтическую факультетскую клинику, с 1872 года лечили его ассистенты и ординаторы без какого-либо участия профессора.

В лекционные дни величественный Захарьин медленно входил в аудиторию, грузно опираясь на палку с резиновым наконечником и слегка подволакивая правую ногу, удобно размещался в кресле с решетчатым сиденьем и, окинув присутствующих пронзительным взглядом темно-карих глаз, начинал, наконец, лекцию. Замиравшие при его появлении, словно солдаты на полковом смотре, многочисленные слушатели немного расслаблялись и принимались записывать его речи в модные тогда плотные тетради. Порой Захарьин не сразу приступал к лекции, а минут десять молчал, неподвижно восседая в кресле, — не то со-

вершал над собой усилие, чтобы собраться с мыслями, не то, будто опытный актер, держал на сцене паузу. Большинству студентов его лекции (или, может быть, вернее беседы о медицине) imponировали своей простотой и полным отсутствием теоретических рассуждений, обдуманностью и логичностью, сжатостью и сугубо практическим, конкретным содержанием. Лишь немногие подмечали в профессорской манере чтения какой-то театральные оттенки, что-то напускное, не имевшее непосредственного отношения к делу и предназначенное, по всей вероятности, для того, чтобы заставить самых нерадивых студентов внимать ему с интересом.

Через тридцать лет после его смерти профессор Голубов в порыве запоздалого подобострастия нарек Захарьина “мастером живого слова”, а по увлекательности лекций смог поставить с ним рядом одного только Шарко. Однако другие бывшие слушатели Захарьина находили его лекции трудными для восприятия из-за частых повторов, тяжести слога и неправильного употребления некоторых слов [8].

Если в середине 1860-х годов Захарьин читал лекции с подробным разбором больных в строгом соответствии с учебной программой (причем в отдельные месяцы чуть ли не каждое утро, за исключением выходных дней), то после операции, когда его отношение к преподаванию радикально изменилось, он мог не появляться в аудитории по три-четыре недели кряду. С 1875 года он регулярно выезжал на лето за границу, а возвращался обычно в конце сентября, с легким сердцем прибавляя, таким образом, к своим каникулам первый месяц осеннего семестра [9].

### Вольнопрактикующий профессор

Превратив занимаемую им профессорскую должность в явную синекуру, Захарьин сосредоточился на частной практике. Прошли те времена, когда относительно молодой, еще не достигший сорока лет директор терапевтической факультетской клиники ежедневно (иногда даже в праздники) совершал обстоятельные обходы своих пациентов, заглядывая в каждую палату, когда он сам, без всякой посторонней помощи обертывал больных с высокой лихорадкой в холодные мокрые простыни, когда он лично проводил некоторые процедуры, названные впоследствии физиотерапевтическими. Отныне он лишь консультировал платежеспособных больных, либо принимая их в своем домашнем кабинете (иногда в квартире своего ассистента), либо выезжая к ним (разумеется, за более высокий гонорар) не только в различные районы Москвы, но иной раз и в другие города. И каждая его встреча с больными оформлялась по сути как коммерческая сделка.

Неизвестно, довелось ли ему читать мемуары модного в середине XIX века виконта Ф. Шатобриана, но один из тезисов этого писателя — *“Счастье можно найти лишь на проторенных дорогах”* — Захарьин разделял безоговорочно. Навсегда уязвленное самолюбие когда-то неимущего студента из глухой поволжской провинции вытолкнуло его на бесконечный путь стяжательства, давно вымощенный благими намерениями его предшественников. Пустив в ход неотразимую для российских обывателей аффективную логику, он провозгласил, что взаимоотношения врача и пациента необходимо строить только на рыночной основе. Если он, Захарьин, снизойдет до того, чтобы оказать кому-то помощь, значит тот, кто в ней нуждается, должен будет вознаградить врача по заранее обусловленным расценкам. *“Кому не нравится моя оценка своего труда и досуга — пусть лечится у других, — заявил он однажды. — Для бедных есть клиники, бесплатные лечебницы, больницы, и я не желаю отдавать свои силы и время на благотворение”* [10].

Рыночную стоимость своих врачебных услуг он подвергал кардинальному пересмотру на каждой карьерной ступени. В должности адъюнкта (доцента) терапевтической факультетской клиники (1860 – 1864) с годовым жалованием 714 рублей 80 копеек он тщательно обследовал всех приходивших к нему больных, плативших за его осмотр и советы не более трех рублей [11]. После того, как летом 1864 года Захарьина утвердили в звании экстраординарного профессора той же клиники с годовым жалованием две тысячи рублей (включая столовые и квартирные деньги), стоимость его рекомендаций подорожала сразу в пять раз и составила в среднем 15 рублей за визит [12]. В марте 1869 года, когда его назначили ординарным профессором с годовым жалованием три тысячи рублей, он не произвел срочную переоценку стоимости своего умственного труда, поскольку спустя четыре месяца уехал в продолжительную зарубежную командировку; зато через год, по возвращении в Москву, его персональный тариф повысился до 25 рублей за визит. В том же году он завел лакея, задававшего каждому посетителю один и тот же вопрос: *“Известны ли ему условия врачебного совета у доктора Захарьина?”* [13].

На протяжении последующих почти 15 лет оплата больными мыслительных затрат профессора не превышала в среднем 25 рублей за визит. Доходы Захарьина ощутимо возрастали на масленице, когда с купцов, понатужившихся блинами, он взимал от 300 до 500 рублей (в зависимости от биржевой стоимости каждого из них) за короткий осмотр раздутого живота захворавшего толстосума и назначение ему *“героического слабительного”* [14].

В 1885 году его социальный статус достиг апогея: за многолетнюю беспорочную службу его возвели в звание заслуженного ординарного профессора, дав

ему взамен жалованья максимальную пенсию в размере трех тысяч рублей в год, а за особые заслуги перед министром внутренних дел и по совместительству президентом Петербургской Академии наук графом Д. А. Толстым назначили почетным членом этой Академии. Гордый собою Захарьин незамедлительно модифицировал прежние расценки, установив их на уровне пятидесяти рублей за консультацию больного в кабинете профессора и ста рублей — за выезд профессора в дом больного. Если Захарьин милостиво соглашался прибыть к захворавшему, то пациенту надлежало оплатить еще не только тяжкие труды профессорских ассистентов (в пределах от 10 до 25 рублей каждому или по принципу *“сколько не жалко”*), но и потратить 25 рублей на специальную наемную карету с необычной высотой сиденья для безопасной транспортировки именитого доктора. Вскоре Захарьин откорректировал и эту таксу, вывесив в амбулатории терапевтической факультетской клиники объявление, в какие дни недели больным полагалось выкладывать за посещение профессора пятьдесят рублей, а в какие — целых сто. В дальнейшем приглашать его несколько раз могли только лица очень обеспеченные или высокопоставленные; для человека среднего достатка лечиться у него было равносильно чуть ли не разорению [15].

Падкая на сенсации пресса не преминула сообщить публике о двух случаях феноменального гонорара маститого профессора. В 1878 году один недомагавший торговец из Одессы обещал Захарьину шесть тысяч рублей (помимо оплаты транспортных расходов), если профессор за три дня распознает его заболевание и укажет необходимое лечение. Ответная телеграмма Захарьина гласила: *“Приеду на три часа, гонорар тот же”*. Больной принял эти условия. Захарьин прикатил в Одессу, проконсультировал больного и через три часа умчался, прижимая к сердцу шесть тысяч рублей [16]. Через десять лет Захарьин вновь получил *“очень почтенный гонорар”* — шесть тысяч рублей за непродолжительную консультацию некурабельного больного в Киеве. На просьбу семьи больного задержаться в Киеве хотя бы на сутки при условии той же повторной оплаты Захарьин ответил категорическим отказом и устремился на вокзал. На следующий день после его торопливого отъезда больной скончался [17].

Какие соображения вынуждали немолодого уже профессора, предпочитавшего испытанную пролетку всем другим видам транспорта, совершать такие поездки? Одна ли только алчность гнала его, известного всей стране миллионера, за крупным гонораром в Одессу и в Киев? Может быть, здесь действовал древний коммерческий принцип никогда (даже в ущерб здоровью) не отказываться от выгодной сделки? Друзья и ученики Захарьина оставили эти вопросы без от-

вета; лишь профессор Голубов признал как-то, что Захарьин просто любил “честно заработанные деньги”.

Всячески стараясь оградить своего бывшего шефа от обвинений в скупости и своекорыстии, профессор Голубов в 1927 году уверял, будто в один незабываемый день Захарьин бесплатно (!) “провозился” свыше двух часов с какой-то провинциальной учительницей. Эта трогательная история не производила, однако, впечатления подлинной хотя бы потому, что любимый ученик московской знаменитости слишком часто принимал желаемое за реальное. Вместе с тем тот же профессор Голубов в 1905 году использовал иные доводы в защиту Захарьина: *“Частная практика профессоров регулируется более высоким гонораром, при котором нет материальной нужды гоняться за массой консультаций и за десятками больных на домашних приемах. У покойного профессора Захарьина в разгар его славы редко бывало более 2 консультаций в день; очень часто бывали дни, что их и вовсе не было. На его домашних приемах (2 дня в неделю) бывало по 2 – 4 человека”* [18].

Стандартные побочные доходы Захарьина после 1885 года колебались, если принять на веру утверждение профессора Голубова, в пределах от 200 до 800 рублей в неделю. В действительности, по воспоминаниям многих современников, в приемной Захарьина скапливались иной раз до 20 посетителей сразу, и ретроспективное исчисление его подлинного барыша на протяжении одной недели становилось в итоге невозможным. Стоит отметить при этом, что по тарифу, установленному Медицинским Департаментом Министерства внутренних дел, максимальное вознаграждение за медицинскую помощь человеку зажиточному не должно было превышать пяти рублей при визите врача к больному и трех рублей при обращении больного в приемную врача [19]. В то же время годовое жалованье московского городского врача доходило до 200 рублей, клинического ординатора до 400, а военного врача — до 600 рублей [20]. Так что пока блестящий французский физиолог Клод Бернар рассуждал в Париже о том, что такое медицина — искусство или наука, и находил аргументы в пользу того и другого, “знаменитый по Москве не столько своей ученостью, сколько анекдотической практикою доктор Захарьин” [21] наглядно показал: медицина — это ремесло личного обогащения.

На первый невнимательный взгляд, могло бы показаться, будто по степени алчности Захарьин напоминал “бестолковейшего сумасброда”, по определению Ф. М. Достоевского, Федора Павловича Карамазова, развившего в себе “особенное умение сколачивать и выколачивать деньги”. В сущности, однако, сходство между ними исчерпывалось одним лишь ненасытным сребролюбием; по характеру и повадкам, образова-

нию и уровню интеллекта, социальному положению и образу действий они были несопоставимы.

Более того, в отличие от Карамазова, не упускавшего обыкновенно своей выгоды, Захарьин трижды поступал как тайный альтруист. Так, он не взял денег за врачебные рекомендации художнику В. Г. Перову, проконсультированному им по просьбе Л. Н. Толстого, сотруднику “Московских Ведомостей” Ю. Н. Говорухе-Отроку, статьи которого отличались непоколебимым и бескрайним консерватизмом, и редактору той же газеты, страстному монархисту и осторожно-антисемиту Л. А. Тихомирову [22]. Можно полагать также, что меркантильные соображения не одолевали Захарьина при его неоднократных встречах с Л. Н. Толстым. Зато перед высшими сановниками и членами императорского дома он охотно демонстрировал напускное бескорыстие, а те, в свою очередь, расплачивались с ним орденами, чинами и собственными легендами о лучшем, по их мнению, клиникосте страны.

### Гневливый профессор

Непомерные доходы от частной практики не принесли Захарьину душевного покоя. Если раньше, в бытность свою экстраординарным профессором, он обращался с коллегами и больными достаточно корректно, хотя и допускал иногда резкость тона и высказываний при консультации какой-нибудь болтливой барыни или дородного купца, то с 1872 года, после операции, все механизмы самоконтроля у него почти полностью разладились. Сколько бы ни обжигал он себе шею крепкой настойкой йода, эта отвлекающая процедура не предотвращала его эмоциональные разряды, и тяготившая самого Захарьина раздражительность бросалась отныне в глаза всем окружающим с удручающим постоянством.

В московских гостиных все чаще толковали о странностях Захарьина, о том, что делает он все не по-людски, вопреки традициям, попирая общее мнение, но, как обычно случается в таких ситуациях, разговоры о чудачествах достопочтенного профессора служили ему неплохой рекламой. Его частная практика непрестанно расширялась, а вместе с тем множились профессорские капризы и причуды, порождавшие невольные ассоциации с поведением не то истеричных дам, не то гневливых инвалидов войны.

Достаточно уравновешенный, казалось бы, раньше человек, Захарьин стал теперь нетерпимым и несдержанным. Он позволял себе грубо распекать собственных ординаторов за малейшую, нередко мнимую провинность или безжалостно бранить их в присутствии посторонних лиц, откровенно куражиться над больными и вволю унижать их родственников. Отвергая элементарные этические нормы, он мог



вдруг, ни с того ни с сего опорочить перед больным незнакомого ему врача или досыта поглумиться над неприятным ему, тучным пациентом, запрягая его, как лошадь, в пролетку и гоняя кругами по двору для похудания. Считая себя непогрешимым, он рассорился с большинством коллег на факультете (в том числе с профессором Н. В. Склифосовским, которому когда-то протежировал) лишь из-за того, что отдельные их суждения не совпадали с его воззрениями. И он все не сомневался в своем праве кричать, стуча кулаком по столу, на ректора университета, не исполнившего какого-то его пожелания [23]. Впрочем, с петербургскими сановниками и отдельными профессорами, которым он благоволил, Захарьин держался по-прежнему вежливо и невозмутимо.

В застольных разговорах о многотрудной деятельности Захарьина довольно часто упоминалась его палка. Почтительным ассистентам и ординаторам профессора мерещился в его руках посох патриарха, сострадательным больным — скрипучий костыль увечного воина, язвительным журналистам — суковатая дубина разбойника, тогда как люди светские видели просто старомодную трость. В действительности это была та же самая палка с резиновым наконечником, на которую Захарьин опирался уже давно, с годами все более явственно подволакивая правую ногу с атрофированными мышцами. Этой палкой он то угрожал своим ординаторам, то замахивался на больного, то, рассвирепев по непонятной причине, громко стучал о пол в кабинете или аудитории, а однажды “в припадке болезненного иступления”, по словам профессора Голубова, перебил ею хрустальные и фарфоровые туалетные принадлежности в императорском Беловежском дворце.

*“Сохранились рассказы, — писал впоследствии С. С. Юдин, — что он не раз пускал в ход эту палку, разгневавшись на двух своих зятьев за то, что те позволили себе срезать хлыстик или веточку из посаженного парка [в подмосковном захарьинском имении Куркино]. Также доставалось и куркинским крестьянам и крестьянкам, если в молодой парк забредет корова или лошадь; о таких случаях мне рассказывали сами пострадавшие — куркинские старожилы. Но передавали, что тот же захарьинский костыль изредка обращался даже против провинившихся ассистентов в пылу особого профессорского гнева”* [24]. Тем не менее неизменно преданные ему ученики усматривали в грубости и невоздержанности своего босса особого рода деликатность.

Пароксизмы профессорского буйства его последователи и биографы объясняли, как правило, “нервностью” его кипучей натуры. По существу же эти приступы полностью укладывались в клиническую картину дисфорических состояний — эпизодически возникающих (обычно у психопатических субъектов) расстройств настроения, приобретающего угрюмую и

злобную окраску, с немотивированными вспышками гнева (или, скорее, неспособностью сдержать негодование из-за утраты самоконтроля) и склонностью к агрессивным поступкам.

Иногда у Захарьина бывали истероподобные припадки. Вспылив на неугодившего ему своими реакциями больного, немолодой профессор мог расхаживать по комнате, “нервно вздрагивая”, но быстро успокаиваясь после рюмки валериановых капель, или падать на диван и колотить по нему ногами, словно ребенок, домогавшийся от родителей новой игрушки [25]. В основном, однако, его импульсивность принимала форму безрассудных насильственных действий. Тогда на сцене появлялась его палка знаменитая, как чеховское ружье, повешенное на стене в первом акте пьесы с тем, чтобы выстрелить в последнем.

Видный московский предприниматель Н. А. Варенцов оказался однажды невольным свидетелем своеобразного провала Захарьина в дисфорический статус. В связи с тяжелой болезнью учредителя Среднеазиатского торгово-промышленного товарищества Варенцов был вынужден обратиться за помощью к Захарьину. Мрачно выслушав его просьбу и окинув его суровым взглядом черных злых глаз, профессор предложил ему подождать в приемной, а сам выскочил в соседнее помещение, откуда сразу же донесся очень громкий шум: *“битье палкой мебели, падение ее, треск”*. Ошеломленный Варенцов разволновался, не понимая, чем вызвал он такое недовольство профессора. Тем временем ситуация развивалась, по рассказу Варенцова, следующим образом:

*“Треск и шум продолжался минут 15 или 20, наконец притих. Отворилась дверь, и вбежал взбешенный, с глазами, полными ненависти, Захарьин, начавший упрекать меня: “Вы, молодой человек, учившийся в высшем учебном заведении, позволили меня назвать доктором!” Я открыл рот, чтобы извиниться. “Молчите! Вся Россия знает, что я не езжу по приглашению больных. У меня лечатся великие князья, министры, другие известные лица, и все знают, что я приезжаю по приглашению докторов”. Я стоял перед ним сконфуженный, подавленный своей ошибкой: действительно назвал его доктором! Опять хотел извиниться. “Молчите! Посидите немного, я скоро вернусь...” Он выбежал из комнаты, битье и треск продолжались, но с меньшим уже шумом, и наконец замолкли. Через некоторое время Захарьин вошел спокойный и даже сконфуженный: “Извините меня, я больной человек!” Посадил меня рядом и начал обстоятельно расспрашивать о больном...”* [26].

### Своенравный профессор

Родственникам его пациентов, да и самим больным приходилось соблюдать целый ряд условий, дававших им шанс избежать профессорского гнева. В связи с



этим его консультации быстро превратились в особый обряд, многократно описанный современниками.

В приемной Захарьина соблюдалась максимально возможная тишина. Его ассистенты общались между собой и с больными шепотом, а перемещались осторожно, как в храме. Чтобы покашлять, чихнуть или высморкаться, пациенты должны были выходить в отдаленное помещение. Во время консультации больным запрещалось совершать какие-либо произвольные движения, о чем либо спрашивать и, тем более, перебивать профессора — надо было лишь четко, по-военному, отвечать на предлагаемые им вопросы.

Стоит отметить, что аналогичную методику опроса больных описал А. П. Чехов в рассказе “Ионыч”. Подобно Захарьину, главный герой этого рассказа доктор Старцев, принимая больных, обыкновенно сердился, нетерпеливо стучал палкой о пол и кричал неприятным голосом: *“Извольте отвечать только на вопросы! Не разговаривать!”*. Может быть, именно Захарьин послужил прототипом доктора Старцева?

Требования Захарьина ужесточались, если он извлял согласие посетить больного. К приезду профессора для больного освобождали помещение на первом этаже. Если это условие было невыполнимым, то на каждом лестничном марше ставили стулья (обязательно венские), дабы профессор мог пару минут передохнуть. Стенные и напольные часы останавливали, дабы качания маятника не путали мысли профессора. Соседей просили отправить детей на прогулку и не рубить мясо для котлет большим ножом на дубовой доске, дабы никакой посторонний шум не потревожил тонкий слух профессора. Поскольку один лишь вид клетки с канарейкой вызывал у профессора содрогание, певчих птиц, а заодно собак и кошек отдавали на время друзьям и знакомым. Несмотря на все предосторожности, как-то раз при консультации больной Захарьину помешали воробьи, оживленно обсуждавшие свои проблемы на карнизе окна.

Для самого Захарьина выделяли отдельную комнату, где его ожидали легкий завтрак (например, зернистая икра известной российской фирмы с калачами из филипповской булочной) и коробка шоколадных конфет из определенного кондитерского магазина на Кузнецком мосту. Осмотрев больного, Захарьин удалялся в приготовленное для него помещение. Там он в полной тишине и в одиночестве размышлял о диагнозе, укрепляя свои силы запасенной для него снедью. Неторопливо поглощая все, что находилось перед ним на столе, он словно бы мстил всему человечеству вообще и хозяевам дома, в частности, за безотрадное свое детство деревенской золушки и за скромную свою юность нахлебника под крышей у родного дяди.

Инфантильное пристрастие к сладкому он удовлетворял за счет больных чуть ли не с первых дней

своей частной практики. Сохранились воспоминания о том, как в самом начале 1860-х годов молодой врач Захарьин пользовал В. С. Мамонтову: *“Захарьин часто заходил лечить, а то и навещать Веру Степановну, которая его баловала; зная, что он любил сладкое, всегда имела наготове коробочку конфет на случай его прихода. Захарьин, шлепая своими толстыми губами (как делал всю жизнь), спрашивал: “Вера Степановна, а где же мои конфеты?” — “Там в шкафу, Григорий Антонович”. Он шел и доставал и съедал в один присест! Эту привычку он сохранил до конца жизни. Когда он был знаменитостью и ему платили по сто рублей за визит, запасали и коробку “захарьинских” конфет”* [28].

Собственных гигиенических и диетических рекомендаций он, видимо, не придерживался и от избытка шоколадных конфет и малоподвижного образа жизни обзавелся изрядным животом (впрочем, классическим когда-то атрибутом высокого начальства). Теперь на его пасмурном лице с острым носом, напоминавшим клюв хищной птицы, и плохо постриженной, подкрашенной, жидкой бородой застывало нередко выражение неизбывной усталости. Его суровый, а то и презрительный взгляд из-под густых черных бровей подчас вселял в больных не столько надежду на выздоровление, сколько тревогу и смутение. Присутствовавшему на одной из его консультаций А. В. Амфитеатрову он показался “человеком в состоянии крайнего удручения и нравственного, и физического, чем-то жестоко и безнадежно раздраженного и срывающего свое гневное сердце на каждом встречном”; притом советы свои он цедил “таким злым тоном, точно все его несправедливо в чем-то обижают” [29].

За фасадом этого “состояния крайнего удручения” скрывались нараставшие у него с возрастом психопатологические расстройства. Его по-прежнему пугали всякие дорожные инциденты; поэтому до своего загородного имения, расположенного в 4-х верстах от станции Химки, но в 20-и верстах от Москвы, он добирался медленно и долго в привычной пролетке. Жене в собственной коляске, запряженной парой молодых лошадей, надлежало тащиться следом за ним ровно в сорока шагах. Если это расстояние немного увеличивалось, на Захарьина накатывал приступ раздражения, если сокращалось, ему казалось, что еще минута — и он получит удар дышлом в спину. Поговаривали, будто столь осторожный способ передвижения он выбрал из опасения железнодорожных катастроф [30]. Если такая молва имела под собой основание, то какие же мучения он должен был испытывать, выезжая в другие города и прежде всего в Петербург, чтобы проконсультировать какую-либо важную особу или самого императора.

Сильнее различных транспортных угроз его страшили простудные заболевания, из-за чего он предпочитал не пользоваться баней, да и большим советовал только обтираться водой — летом ежедневно, а в остальные времена года не более одного раза в неделю. Уже в самом начале октября он не выходил из дома без зимней шапки и шубы с приподнятым, чтобы не продуло, бобровым воротником. В той же шапке и в той же шубе его встречали на улице и в теплом апреле, когда уже зеленела трава.

Непременной принадлежностью его туалета были валенки; эпизодически он влезал в них и летом. По уверению профессора Голубова, его шеф даже по императорскому дворцу расхаживал в длинном наглухо застегнутом пиджаке, в мягкой некрахмальной рубашке и, разумеется, в своих излюбленных валенках. В таком облачении его биографу А. Г. Гукасяну чудился, вероятно, какой-то протест или во всяком случае выражение “независимого и достойного поведения” Захарьина в любой обстановке. Более того, в его жизнеописании Гукасян утверждал: “При посещении дворянских, купеческих семей и даже царской фамилии Захарьин никогда не надевал фрака и белого галстука и не расставался со своим наглухо застегнутым пиджаком” [31].

Действительно, приглашенный в Петербург для оказания врачебной помощи Александру III в январе 1894 года, Захарьин попытался как-то раз пройти по коридору в своих деревенских валенках, но после строгого внушения министра Императорского двора немедленно запихнул ноги в положенные по этикету сапоги [32]. При необходимости Захарьин без колебаний оставлял дома и свою персональную униформу в виде долгополого пиджака, похожего одновременно и на патриархальный сюртук, и на местечковый лапсердак. Об этом свидетельствовало, в частности, письмо императрицы Марии Федоровны, отправленное Александру III из Москвы 10 мая 1894 года: “Захарьин вошел в поезд нарядно одетый, во фраке и с орденской лентой, но сразу снял все это и сел завтракать” [33].

Диковинное пристрастие Захарьина к валенкам современники объясняли, как правило, ишиалгией. Можно допустить, однако, что у профессора, перешагнувшего 50-летний рубеж, постепенно формировалось атеросклеротическое поражение магистральных артерий нижних конечностей, проявлявшееся синдромом перемежающейся хромоты с зябкостью ног и удивлявшей окружающих потребностью присесть после каждого лестничного пролета. Патологический процесс такого рода в XIX столетии еще не умели диагностировать.

Стремление Захарьина отдохнуть на венском стуле через каждые несколько шагов лейб-хирург Н. А. Вельяминов воспринимал как одну из причуд “этого умного, но большого фокусника”. В своих ме-

муарах о смертельной болезни Александра III Вельяминов отзывался о Захарьине с явной иронией:

*“В Ливадии все дорожки в парке были усыпаны галькой, вследствие чего при проезде экипажей вызывалась очень громкий и неприятный шум, поэтому вокруг дома Государя был строго воспрещен проезд каких бы то ни было экипажей и телег, — все, что было нужно, приносили на руках, но Захарьин заявил, что он не может приходить на консультации от себя пешком, хотя это не превышало полверсты. Поэтому ему два раза в день подавали коляску в которой он торжественно приезжал во дворец. Он требовал, чтобы во дворце на площадках лестницы были для него поставлены венские стулья, один из коих должен был стоять перед дверьми при входе в приемную — он садился на эти стулья на минуту и якобы отдыхал, а на последнем стуле собирался мыслями. Служители его ненавидели и иногда этих стульев не ставили; раз я увидел, как Захарьин, поднявшись наверх и не найдя стула перед дверью, страшно рассердился, сбегал с лестницы, схватил стул, быстро снес его на верхнюю площадку, присел и вошел в приемную при нескрываемых улыбках прислуги. Я рассказал эту сцену Государю, и он от души смеялся”* [34].

Анекдотические действия Захарьина перед приемной императора отнюдь не исключали возможности развития у него атеросклеротического сужения артерий нижних конечностей. Вместе с тем строгое соблюдение многолетнего ритуала с расставленными на каждом лестничном пролете стульями, притом обязательно венскими, представляло собой в сущности гипертрофированную форму защитного поведения и свидетельствовало о наличии у Захарьина навязчивых идей, спровоцированных, надо полагать, трудностями послеоперационного периода.

Фактически навязчивые мысли постоянно присутствовали в его сознании задолго до операции и проявлялись первоначально агорафобией — в данном случае навязчивым страхом всевозможных дорожных бед и передраг. Позднее к этой фобии присоединились стойкий страх переутомления и переохлаждения оперированной ноги и безосновательный страх простудных заболеваний. В 1891 году, когда он взял несколько уроков бактериологии у прозектора А. И. Войтова, блестяще защитившего докторскую диссертацию в Институте Пастера, к его предыдущим страхам добавились мизофобия (боязнь пыли и “нечистоты”) и бактериофобия. С того времени душевное состояние Захарьина неплохо иллюстрировали безыскусные описания его капризов и причуд в мемуарах и корреспонденции современников.

Как только 17 января 1894 года Захарьин прибыл в Петербург по вызову министра Императорского двора, обер-прокурор Святейшего Синода К. П. Победоносцев доложил великому князю Сергею Александровичу: “Захарьин не выезжает из дворца, но он уже

### Прославленный профессор

сразу закапризничал. Положили было его очень хорошо на запасной половине, на середине лестницы. Тут ему показалось холодно. Он надел теплые сапоги. Заставили все окна. Но он потребовал другого помещения, и теперь его поместили наверху в коридоре”. На другой день, 18 января, Победоносцев вновь проинформировал великого князя: “Чудак Захарьин сидит наверху и никуда не трогается из дому. Боится простудиться!”. В следующем послании от 19 января Победоносцев дополнил свое вчерашнее донесение: “Он [Захарьин] нынче доволен помещением. Тепло очень, но он сидит в валенках и не трогается с места. Первый, говорит, мой выезд отсюда будет на Николаевский вокзал и в Москву. По лестнице 100 ступенек — я не могу ходить, а лифта боюсь — из него поднимается холодный воздух” [35].

В мае того же 1894 года Захарьин ошеломил великосветское общество, когда он осмелился впервые в жизни попробовать банан. “А потом, — сообщила императрица Мария Федоровна своему августейшему супругу, видимо, сдерживая улыбку, — он выпил чаю прямо из чайника. Единственный верный способ, чтобы не заглотить пыли и микробов” [36].

В октябре 1894 года пришел черед лейб-хирурга Вельяминова испытать легкое потрясение, смешанное с недоумением. Заглянув как-то в помещение, выделенное Захарьину в Ливадии, он обнаружил, что кровать профессора стояла посреди комнаты. Как пояснил сам Захарьин, осенью (в “бархатный сезон”, как выражались позднее) на Южном берегу Крыма он боился “сырости стен” [37].

Последний штрих в эту клиническую картину внесли студенты. По воспоминаниям одного из его бывших слушателей, в 1890-х годах, когда Захарьин читал лекцию, демонстрируя, как обычно, заранее подобранного с такой целью пациента, кто-либо из ординаторов профессора держал наготове склянку с одеколоном. Стоило профессору прикоснуться к больному, как этот ординатор неслышно взмывал на кафедру, чтобы обильно полить парфюмерным дезинфицирующим раствором похолодевшие руки Захарьина, рискнувшего мужественно притронуться к пациенту ради наглядности учебного процесса [38].

Навязчивый страх прикосновения, создававший впечатление гротескного обряда, был в сущности не более нелепым, чем прочие фобии Захарьина, хорошо известные его друзьям и коллегам, ученикам и даже лицам, не получившим врачебного образования. Тем не менее никто из них не задумывался об ипохондрической природе его переживаний, его ритуалов и эскапад, его агрессивности и деспотизма. За ним прочно закрепилась слава уникального самодура — репутация, эквивалентная в данной ситуации более емкому понятию душевнобольного.

Информационный шум, поднятый при жизни Захарьина слухами и анекдотами о беспримерном его сумасбродстве, но искусном врачевании, сразу после кончины профессора поддержала российская печать. В прессе Москвы и Петербурга замелькали статьи о недожинном педагоге, воспитавшем тысячи врачей, о феноменальном клиницисте, умевшем “каким-то гением угадывать тайны больного организма”, о необыкновенном целителе, всегда готовом помочь человеку с достаточными средствами. Отдельные репортеры все-таки увидели в нем “высшее олицетворение меркантильного направления во врачебной деятельности”, но эти осторожные критические вкрапления совершенно терялись в общем потоке славословий [39]. Особенно отличилась тогда газета “Московские Ведомости”: “Если мы будем говорить в частности о родной науке, которая будто бы стоит на одном уровне с западноевропейскою, то окажется, что иллюзия этого высокого уровня создавалась благодаря четырьмя, пяти выдающимся ученым, действительно могущим соперничать со своими западными коллегами. К их числу принадлежит и Г. А. Захарьин” [40].

Вслед за журналистами своими эмоционально насыщенные воспоминания поделились с публикой ученики и единомышленники почившего профессора [41]. Они говорили об основателе особой Московской клинической школы, о преподавателе, который “поднимался поистине до высоты гениальной”, о чутком враче, обладавшем неотразимой логикой, и обаятельном лекторе, излагавшем сложные вопросы патологии очень просто и доступно, лаконично и образно. Складывалось даже впечатление, что обращались они не столько к современникам, сколько к будущим поколениям, и в самом деле были услышаны. Спустя столетия, в период непримиримой борьбы против “низкопоклонства” перед западной культурой и за отечественные приоритеты в мировой науке профессор Гукасян завершил построение легенды о самом авторитетном российском терапевте и “крупнейшем деятеле медицинской науки”, вписавшем “немало блестящих страниц” в курортологию и бальнеологию, в учение о сифилисе и туберкулезе легких, в “научное обоснование пользы” кровопусканий и слабительных средств [42].

Наиболее весомым вкладом Захарьина в диагностику внутренних болезней его советские биографы считали так называемый анамнестический способ исследования, внедренный профессором в свою повседневную практику. Суть данной методики заключалась в детальном выяснении всех условий обыденной жизни пациента, всех его ощущений, всех обстоятельств, связанных с перенесенными ранее заболеваниями и текущим патологическим процессом. С этой целью Захарьин важно и неторопливо, по одному и



тому же некогда заведенному шаблону опрашивал больного, требуя от него короткого и конкретного ответа на каждый поставленный вопрос и делая периодически глубокомысленные театрализованные паузы, как бы дававшие профессору возможность ассимилировать реплики пациента.

Потаенный смысл этого действия раскрыл впоследствии психиатр Я. А. Боткин, один из бывших слушателей Захарьина: *“Исследование больного всегда было длинное и утомительное. Все равно, нужно оно было или не нужно, и больной выходил из святилища потный, как из бани. Производилось оно всегда с необыкновенной серьезностью, методичностью, всегда по определенному плану и производило впечатление, действительно, какого-то священнодействия или таинства. Эта процедура, как своего рода культ, всегда поражала как необразованного, так и образованного пациента, возвышала в его мнении великого врача-целителя, поселяла в его пациентах безграничное к нему доверие. В сущности говоря, эта процедура составляла косвенное внушение, чем в свое время чудеса производили жрецы в храме Эскулапа и где сложный культ составлял все, так как в порошках и в других средствах жрецов ничего, кроме гнили, не было”* [43].

Иной точки зрения придерживался французский профессор А. Юшар, осенью 1888 года посетивший лекцию Захарьина с разбором больной и утверждавший потом, что у московского авторитета расспрос поднимался “до уровня искусства”. Это выражение биографы Захарьина, начиная с профессора Голубова, наперебой цитировали в своих публикациях, явно не сознавая, что никаких шансов возвыситься до степени искусства анамнестический метод исследования никогда не имел, поскольку в исполнении главы Московской клинической школы расспрос неизменно опускался до уровня допроса.

Консультируя больного, Захарьин выступал фактически в роли государственного чиновника, облеченного властью и наделенного правом снимать необходимые для клинического следствия показания. После общения с ним больные находились обычно в состоянии опустошенности. Те из них, у кого чувство внутренней независимости еще не атрофировалось, именовали консультацию Захарьина “истязанием”, а те, кому ощущение постоянной униженности было привычно сызмала, испытывали признательность к профессору, снисходившему до педантичного выпытывания мельчайших подробностей существования российского гражданина. И не было здесь различий между купцами, недавно освобожденными из крепостной зависимости, и должностными лицами, ибо, как подметил маркиз де Кюстин, полуобразованные российские чиновники “в душе разделяют все предрасудки простонародья и все предубеждения знати, не

обладая ни энергией первых, ни мудростью вторых” [44].

Как истари известно, непринужденная беседа с больным, позволявшая ему полностью выговориться, чуть ли не исповедаться перед врачом, неизменно оказывала мощное психотерапевтическое воздействие. Предельно схематизированный расспрос, проводившийся Захарьиним, не должен был, по всей вероятности, сопровождаться заметным суггестивным эффектом. Тем не менее Захарьина нельзя было не признать автором самобытной психотерапевтической методики. Скрытому или прямому его внушению способствовали и особая, почти что сакральная торжественность самой консультации, и способность профессора говорить с каждым больным на понятном ему языке, и непрерываемость его диагностических умозаключений и, наконец, императивность его рекомендаций. Изнурительный, строгий двухчасовой допрос пациент воспринимал в итоге как стремление профессора максимально разобраться в тайнах его недуга и предложить ему радикальное лечение.

В самом начале своей врачебной деятельности Захарьин не жалел, по-видимому, ни сил, ни времени для исцеления душевных ран тех, кто обращался к нему за советом и помощью. Поэт Аполлон Григорьев, решивший однажды сбежать от своей гражданской жены в Петербурге, 17 сентября 1860 года писал из Москвы приятелю: *“Я удрал сначала один. Я хотел испытать, что сделает женищина, когда она любит. Что мне это стоило — это знает Бог, а что ей стоило — знает доктор Захарьин, который едва-едва opravил теперь кое-как ее разбитый организм”* [45].

В последние десятилетия своей врачебной практики Захарьин держался совершенно иначе. Как только 31 декабря 1876 года ему пожаловали чин действительного статского советника, он потребовал, чтобы впредь его величали не “господином профессором”, как раньше, а “Вашим Превосходительством”, как генерала-майора, и суггестивное влияние его консультаций сразу увеличилось. Пусть журналисты называли его “темным пятном” на медицине и возмущались тем, как он укреплял свой авторитет, “возводя гонорар до ста рублей за визит и беззастенчиво объявляя, что с дураками выгоднее иметь дело, чем с умными” [46], — психотерапевтическая значимость его консультаций возрастала пропорционально стоимости его услуг. Человека, столь высоко себя оценившего, ординарный российский пациент без колебаний перевозносил как великого доктора. И словно по принципу обратной связи, самомнение Захарьина разбухало непомерно и непрерывно в ответ на официальное и кулуарное признание его заслуг. По слухам, кому-то, кто сетовал на дороговизну его визитов, профессор бесцеремонно заявил: *“Как хотите, но похороны дорожке обойдутся”* [47].



Однако лавры всего лишь оригинального психотерапевта его вовсе не привлекали, ибо он претендовал на звание наилучшего, непревзойденного терапевта, способного в самой запутанной ситуации точно сформулировать правильный диагноз, чтобы назначить адекватное лечение и либо исцелить больного, либо облегчить его страдания. Как ни странно, но его притязания обрели в конечном счете статус официальной точки зрения. *“Его необыкновенный диагноз считался почти непогрешимым”*, — заявила, выражая как бы общее мнение *“Петербургская Газета”* [48]. Один только безымянный корреспондент газеты *“Одесские Новости”* отважился высказать нестандартное суждение: *“Он обладал от природы чудным даром ставить диагнозы. Он откровенно требовал от своих пациентов: клади деньги об это место! А потом он выдавал им не рецепт, а гороскоп. Он предсказывал им их будущее, как звездочет, с той разницей, что он редко ошибался”* [49].

Неизвестный автор *“Одесских Новостей”*, к сожалению, заблуждался. С годами предсказания Захарьина все чаще не сбывались. Те, кому он сулил быстрое улучшение самочувствия, умирали иной раз на следующий день после его визита, а те, кому он предрекал скорую смерть, как назло, выздоравливали и больше его не принимали. Впрочем, однажды его пророчице пошло на пользу всей медицине: диагностический промах Захарьина предопределил жизненный путь С. С. Зимницкого (1873 – 1927) — профессора Казанского университета по кафедре частной патологии и терапии и одного из основоположников клиники внутренних болезней в СССР. В юности Зимницкий выбрал для себя профессию горного инженера, но после того, как Захарьин проконсультировал его мать, неправильно установил прогноз заболевания, поступил в Военно-медицинскую академию и стал учеником С. С. Боткина [50].

Чтобы не попадать впросак, Захарьин ссылаясь порой на божественный промысел. Весной 1889 года директор анатомического института профессор Д. Н. Зорнов пригласил его к своему заболевшему сыну-гимназисту. *“Захарьин сказал, — вспоминал впоследствии второй сын профессора Зорнова, — что, конечно, мой брат может выздороветь, если этого Бог захочет. Плохое это было утешение для моих родителей”*. Через месяц после визита Захарьина подросток скончался [51].

Еще более неловкой, если не зазорной, получилась консультация архиепископа Херсонского Никанора. Тот пожаловался на отеки ног, на что Захарьин со своим ассистентом Поповым дружно ответили: *“Никакого отека, ни следа отека”*. Когда же архиепископ, заплатив по максимальной таксе, собрался уходить, Захарьин предложил ему в качестве основной терапии молиться, а расписание диеты и режима пообещал

прислать на другой день. Спустя примерно неделю Никанор записал в своем дневнике: *“Отек водянистый поразил всю нижнюю часть моих ног, а оттуда стал распространяться на верхнюю часть ног и на желудок”*. Через три месяца архиепископ Никанор умер от рака желудка [52].

Но самую грубую ошибку Захарьин допустил при повторных консультациях Александра III в 1894 году, проглядев *“громадное увеличение сердца”* — кардио-мегалию, обнаруженную только при аутопсии. Пытаясь хоть как-то оправдать терапевтов, лейб-хирург Вельяминов акцентировал внимание на чрезвычайном раздражении императора при тщательном его осмотре, в связи с чем Захарьин и другие врачи обследовали его *“очень поспешно”* [53]. Однако для того, чтобы выявить при перкуссии расширение границ относительной и абсолютной тупости сердца, требовалось обычно не более двух минут.

Все более частые диагностические оплошности Захарьина были далеко не случайны. Полностью сосредоточенный на безмерной частной практике (не говоря уже о биржевых спекуляциях) он все более превращался в оракула, выдававшего диагностические заключения на основании, главным образом, продолжительного допроса больных. Даже его присяжный биограф, профессор Голубов вынужден был признать, что стремление Захарьина *“упростить аппарат диагностики”* доходило *“до крайности”* и поэтому лабораторные методы исследования директор терапевтической факультетской клиники именовал лишь *“орнаментом”* распознавания болезни [54].

Такой же утилитарный характер носило и его преподавание. По словам профессора Голубова, его шеф *“намеренно не уснащал свои лекции”* теоретическими построениями, а все диагностические проблемы предлагал решать посредством элементарных методов исследования. В сущности он обучал студентов не искусству врачевания, а в лучшем случае цеховому ремеслу.

Было бы неправомерно, однако, считать, что он чуждался любых клинических концепций или отвергал их из присущего ему консерватизма, — он просто не испытывал потребности знакомиться с ними. Сколько бы профессор Голубов ни уверял, будто Захарьин постоянно штудировал медицинские журналы, монографии и руководства, принять увещания биографа за чистую монету было практически невозможно. Чтобы внимательно следить за медицинской литературой, Захарьин нуждался в свободном времени. Между тем, он, мнивший себя человеком глубоко религиозным, не удосужился даже прочитать Евангелие, о чем без малейшего стеснения поведал как-то раз Л. Н. Толстому [55]. Как же мог он выкраивать часы для изучения новых медицинских открытий и

гипотез? Да и нужды в том особой не было, поскольку денежный поток от пациентов не иссякал.

Много лет занимаясь преподаванием практической медицины студентам четвертого курса, Захарьин остался в итоге на уровне своих слушателей. Оттого и старался он максимально упростить не только диагностику, но и лечение, предпочитал терапию симптоматическую и паллиативную, использовал крайне ограниченное число лекарственных средств, назначал нередко не препараты, а конкретный режим и ставил превыше всего строгое соблюдение определенных гигиенических правил [56].

Спустя всего четверть века после выхода в свет его “Клинических лекций” уже нельзя было, по выражению Д. Д. Плетнева, “без улыбки читать” рекомендации Захарьина о применении ртутного слабительного каломели при крупозной пневмонии или предельно схематизированные показания и противопоказания к употреблению западноевропейских минеральных вод. Тем не менее непоколебимая вера самого Захарьина в непреходящую результативность его предписаний оказывала несомненное суггестивное воздействие, и его авторитетное внушение принесло больным, может быть, не меньше пользы, нежели усилия “многих из современных специалистов-психотерапевтов, шаблонно практикующих свои методы” [57]. Так что безымянный корреспондент газеты “Одесские Новости”, назвавший Захарьина “сатрапом московской медицины”, был совершенно прав в своей оценке его врачебных достижений: “Он ведь не лечил, а повелевал быть здоровым” [58].

Провозглашать этого оригинального психотерапевта видным представителем российской науки, как предлагали сначала редакция газеты “Московские Ведомости”, а потом профессор Гукасян, было совершенно неоправданно. Кстати, та же газета “Московские Ведомости” отмечала: “Он выше всего ценил свою преподавательскую деятельность и терпеть не мог ученого буквоедства и схоластической теоретичности”. Действительно, сам Захарьин к ученым себя не причислял и “всегда оставался сугубым

эмпириком” [59]. Вместе с тем нельзя было отрицать его незаурядной врачебной наблюдательности, хотя по мере расширения своей частной практики он набирался не столько клинического опыта, сколько апломба.<sup>1</sup>

Чрезвычайная амбициозность и шумный успех не помешали профессору задуматься о снижении его квалификации. Он отчетливо понимал, что стоило кому-нибудь пустить слух о более высокой компетенции других докторов, как его частная практика неминуемо перейдет в руки конкурентов. Поскольку основная угроза потери блестящего реноме исходила, с его точки зрения, от коллег, Захарьин объявил во всеуслышание о своем категорическом отказе консультировать лиц, получивших медицинское образование, даже за двойной гонорар.

Ошеломленная публика сначала усмотрела в этой выходке новую причуду общеизвестного самодура, окончательно утратившего элементарные этические представления. Немного погодя заговорили о том, что взимать деньги с коллеги он считал все-таки непристойным, а давать рекомендации даром был просто не в состоянии. Один периферийный врач попробовал все же пробиться к нему на прием, но был остановлен ординатором на пороге святилища. На жалкий вопрос провинциала: “Почему?” — ординатор ответил, явно цитируя своего шефа: “Для успеха лечения необходима вера, а врачи вообще относятся к лечению скептически” [60]. Более вероятно, однако, что Захарьина смущала не столько недостаточная внушаемость коллег, сколько их способность легко распознать в его приемах “шарлатанство в самой жреческой обстановке”, по определению Амфитеатрова [61].

Тщательно скрывая свои опасения, он регулярно и публично высказывал презрение ко всем незнакомым ему врачам. Несколько громких скандалов, вызванных неколлегиальным поведением именитого профессора, получили отражение в газетах и медицинской печати [62]. Тем не менее профессор Гукасян с умилением написал в биографии Захарьина: “Обращавшиеся к нему за медицинской помощью врачи всегда находили у него самый радушный прием” [63].

Для современников так и осталось непостижимым, почему, третируя других врачей (в том числе тех, кто обладал немалым клиническим опытом), он всецело полагался на давешних выпускников — собственных ординаторов и ассистентов. На самом деле у этой его особенности, как у других причуд, тоже имелась своя подоплека. Виртуозно блефуя в маске искусного диагноста, Захарьин нуждался в преданных ему лично пособниках. Доверять же он мог лишь тем, кого он сам присмотрел среди студентов, кого сам выкроил по одному ему известным моральным лекалам, кого сам вырастил в тени своей славы. От этих избранных он требовал абсолютной покорности, а те в своем пресмыкательстве перед ним доходи-

<sup>1</sup> Именно “эмпирическая чуткость”, как писал Плетнев, позволила Захарьину подметить несколько клинических феноменов, например: рак и диабет у пожилых людей развиваются нередко “от огорчения”; патология внутренних органов может сопровождаться гиперестезией определенных участков кожи, названных когда-то зонами Геда (H. Head), а в разгаре борьбы за отечественные приоритеты в науке переименованных в зоны Захарьина-Геда; болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря может свидетельствовать о холецистите; этот признак, долгое время считавшийся симптомом Кера (H. Kehr), в начале XXI века стал, по сведениям “Энциклопедического словаря медицинских терминов” (М., 2001, с. 309), симптомом Захарьина. Но какое отношение имеют такие и подобные им отдельные замечания к научному поиску?

ли до таких “добровольных унижений, от каких с презрением отвернется самый покладистый чинуша петербургских канцелярий” [64].

Его ординаторы и ассистенты, получившие в Москве прозвище “захарьинские молодцы” (по аналогии с “охотнорядскими молодцами” — мясниками, приказчиками и купцами, торговавшими мясом и птицей в Охотном ряду), выступали в роли посредников между профессором и больными. “Надо знать, что это за ассистенты! — писал Победоносцев великому князю Сергею Александровичу. — Захарьин обращается с ними, как с лакеями, рассылая их вперед себя по домам готовить свое пришествие” [65]. Непривередливые и необидчивые, еще некомпетентные, но уже напыщенные, всегда готовые исполнить любую прихоть Захарьина и смиренно снести его бессмысленные оскорбления, молодцы первыми снимали показания и осматривали больных в соответствии с персональными догмами профессора. Полученные данные им надлежало довести до сведения шефа вместе с мотивированным диагнозом и планом лечения.

Сам Захарьин выходил на сцену, только получив от молодца худо-бедно обоснованный диагноз болезни и схему предполагаемой терапии. Подвергнув больного повторному допросу и обследованию, он либо соглашался с позицией своего подчиненного, либо, публично пожурив молодца за нерадивость, дополнял его предложения собственными. Ординаторы и ассистенты перевирали обычно анамнез болезни, но пациенты не смели их перебивать или поправлять, дабы не разгневать профессора. Если тот полагал, что у больного должен быть некий симптом, например, лихорадка, молодец с торопливой угодливостью подтверждал мнение шефа, ибо ртуть в термометре могла, за капризничав, не подняться до нужного профессору уровня, но сам Захарьин не мог ошибиться никогда. В заключение профессор давал больному директивы, что ему следует есть и пить, а что — не положено, сколько часов ему надо спать, а сколько — бездумно гулять, и как ему вообще жить дальше. На другой день молодец доставлял больному от имени профессора рукописные указания с подробным расписанием повседневного бытия.

Изобретенный Захарьиним способ выкачивания денег из простодушных пациентов исправно функционировал на протяжении многих лет. Между тем и больные, и большинство студентов благоговели в сущности перед диковинной тужуркой, наивно полагая, что надета она на мудреца, и не догадываясь, что профессор, на которого они смотрели снизу вверх, был не велик, а всего лишь многозначителен.

В сознании Захарьина, рожденного и воспитанного в условиях крепостного права, всегда существовал особый культ порядка, что означало беспрекословное повиновение вышестоящим. Придуманый им ана-

мнестический метод исследования был предназначен прежде всего для лиц, с детства обученных трепетать перед всякой администрацией и ни в коем случае ей не перечить, ибо любая попытка возражения старшим по чину несла в себе семена крамолы. Его неповоротливый ум обскуранта допускал только одну форму обращения с окружающими — взаимоотношения величавого руководителя и серой массы подчиненных. Именно поэтому с ординаторами и ассистентами он держался, как важный армейский начальник с денщиками, а с больными — как барин, захвативший за оброком в свои владения, с принадлежавшими ему крестьянами. Усвоив манеры своего наставника, его ученики (каждый в меру отпущенных ему способностей) старательно воспроизводили тактику Захарьина в иные времена, не уставая славить его имя.

В. Д. Тополянский

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев П. С. Воспоминания о профессоре Захарьине. Врачебная Газета, 1904, № 24, с. 723.
2. Филатов П. Ф. Юные годы. Воспоминания о медицинском факультете (1868 – 1873 гг.) Московского университета. Русская Старина, 1913, т. 154, кн. 5, с. 283.
3. Боткин Я. А. Заметки и воспоминания врача. Симферополь, 1909, с. 64.
4. Новое Время, 8.I.1898.
5. Центральный исторический архив Москвы (ЦИАМ), ф. 418, оп. 379, д. 13, лл. 1 – 3. Шервинский В. Д. Университетские воспоминания. Исторический вестник Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. М., 1993, т. II, с. 112.
6. Камнев М. С. Воспоминания о профессоре Г. А. Захарьине. Врачебная Газета, 1910, № 3 – 5, с. 163.
7. Голубов Н. Ф. Григорий Антонович Захарьин. Врачебное дело, 1927, № 3, с. 163.
8. Алексеев П. С. Указ. соч., с. 721 – 724. Голубов Н. Ф. Указ. соч., с. 163 – 167. С-в В. Профессор Г. А. Захарьин (очерк). Медицинский указатель, 1898, № 2, с. 35.
9. ЦИАМ, ф. 418, оп. 66, д. 540, лл. 32 – 33.
10. Филатов П. Ф. Указ. соч., с. 283.
11. Российский государственный архив литературы и искусства (РГАЛИ), ф. 478, оп. 1, д. 8, л. 62.
12. Янжул И. И. Воспоминания о пережитом и виденном в 1864 – 1909 годах. СПб, 1910, вып. 1, с. 11.
13. Алексеев П. С. Указ. соч., с. 720 – 721.
14. Гиляровский В. А. Сочинения. М., 1967, т. 4, с. 125 – 127, 318.
15. Медицинское Обозрение, 1890, т. 33, № 9, с. 909 – 911. Одесские Новости, 28.XII.1897. Амфитеатров А. В. Недавние люди. СПб, 1910, с. 230. Филатов П. Ф. Указ. соч., с. 283. Мицкевич С. И. На грани двух эпох. М., 1937, с. 74.
16. Петербургская Газета, 27.XII.1897. Одесские Новости, 31.XII.1897.
17. Киевское Слово, 28.IX.1888. Новости Дня, 8.X.1888. Врач, 1888, № 40, с. 803.
18. Отзывы по вопросу о частной врачебной практике. М., 1905, с. 21.
19. Московские Ведомости, 8.VIII.1893.
20. Медицинское Обозрение, 1885, т. 24, № 13, с. 85.
21. Наблюдатель, 1890, № 11, с. 33.
22. Боткина А. П. Павел Михайлович Третьяков в жизни и искусстве. М., 1951, с. 183. Амфитеатров А. В. Указ. соч., с. 230. Воспоминания Льва Тихомирова. М.-Л., 1927, с. 433.

## В. Д. Тополянский

23. *Спримон В. Ф.* Наши медицинские коллегальные неурядицы. Медицинское Обозрение, 1885, т. 23, № 12, с. 1217 – 1227. *Голубов Н. Ф.* Еще о профессоре Захарьине. Азербайджанский медицинский журнал, 1928, № 1, с. 8 – 11. *Коровин К. А.* Профессор Захарьин. Возрождение (Париж). 15.IV.1934.
24. *Юдин С. С.* Профессор Захарьин и другие. Наше наследие, 1998, № 46, с. 183.
25. *Филатов П. Ф.* Указ. соч., с. 287 – 288.
26. *Варенцов Н. А.* Слышанное, виденное, передуманное, пережитое. М., 1999, с. 69.
27. Отдел рукописей Российской государственной библиотеки (ОР РГБ), ф. 418, картон 381, е.х. 20, л. 4. *Боткин Я. А.* Указ. соч., с. 67 – 70. *Юдин С. С.* Указ. соч., с. 181 – 182.
28. *Зилоти В. П.* В доме Третьякова. М., 1998, с. 40.
29. *Амфитеатров А. В.* Указ. соч., с. 223 – 224.
30. *Юдин С. С.* Указ. соч., с. 182.
31. *Гукасян А. Г. А.* Захарьин. М., 1948, с. 123.
32. *Вельяминов Н. А.* Мои воспоминания об императоре Александре III, его болезни и кончине. Российский архив. М., 1994, т. V, с. 282 – 283.
33. Император Александр III и императрица Мария Федоровна. Переписка. 1884 – 1894 годы. М., 2001, с. 221.
34. *Вельяминов Н. А.* Указ. соч., с. 299.
35. Письма К. П. Победоносцева к Александру III. М., 1926, т. II, с. 343 – 344.
36. Император Александр III и императрица Мария Федоровна. Переписка... с. 225.
37. *Вельяминов Н. А.* Указ. соч., с. 299.
38. *Камнев М. С.* Указ. соч., с. 98.
39. Новости Дня, 24.XII.1897. Правительственный Вестник, 25.XII.1897. Новости и Биржевая Газета, 25.XII.1897. Петербургская Газета, 25.XII.1897. Народ, 25.XII.1897. Сын Отечества, 28.XII.1897.
40. Московские Ведомости, 31.XII.1897.
41. *Попов П. М.* Памяти Григория Антоновича Захарьина. Речь и отчет, читанные в торжественном собрании Императорского Московского университета 12 января 1898 года. М., 1898, с. 501 – 505. *Снегирев В. Ф.* Памяти Г. А. Захарьина. Московские Ведомости, 25.III.1898. *Гагман Н. Ф.* Воспоминание о Григории Антоновиче Захарьине. Труды Физико-медицинского общества, М., 1898, т. 10, с. 63 – 68.
42. *Гукасян А. Г.* Указ. соч., с. 40 – 111.
43. *Боткин Я. А.* Указ. соч., с. 66.
44. *Кюстин А. де.* Россия в 1839 году. М., 1996, т. 2, с. 216.
45. *Григорьев А. А.* Одиссея последнего романтика. М., 1968, с. 428.
46. Русский Архив, 1907, № 4, с. 460.
47. *Шервинский В. Д.* Указ. соч., с. 104.
48. Петербургская Газета, 25.XII.1897.
49. Одесские Новости, 28.XII.1897.
50. Московский медицинский журнал, 1927, № 12, с. 140 – 141.
51. *Зернов В. Д.* Записки русского интеллигента. М., 2005, с. 41.
52. Записки архиепископа Никанора. Русский Архив, 1906, № 12, с. 498 – 504.
53. *Вельяминов Н. А.* Указ. соч., с. 289.
54. *Голубов Н. Ф.* Указ. соч., с. 164 – 165.
55. *Толстой Л. Н.* Полн. собр. соч. М.-Л., 1934, т. 63, с. 204.
56. *Алексеев П. С.* Указ. соч., с. 722 – 724. *Филатов П. Ф.* Указ. соч., с. 282 – 283. Московские Ведомости, 23.XII.1907.
57. *Плетнев Д. Д.* Русские терапевтические школы. М.-Пг., 1923, с. 21 – 40.
58. Одесские Новости, 28.XII.1897.
59. Московские Ведомости, 24.XII.1897. *Смотров В. Н.* Очерки из истории терапевтической школы Московского университета. Советская медицина, 1940, № 17, с. 8 – 12.
60. Врач, 1890, № 27, с. 611 – 612.
61. *Амфитеатров А. В.* Указ. соч., с. 228.
62. *Спримон В. Ф.* Указ. соч., с. 1220 – 1227. Медицинское Обозрение, 1890, т. 33, № 9, с. 909 – 911; т. 34, № 18, с. 587 – 588; т. 34, № 21, с. 864 – 865.; т. 34, № 22, с. 960 – 961. Врач, 1890, № 27, с. 611 – 612; № 40, с. 926 – 927; № 45, с. 1037.
63. *Гукасян А. Г.* Указ. соч., с. 58.
64. *Амфитеатров А. В.* Указ. соч., с. 229 – 230.
65. Письма К. П. Победоносцева к Александру III. М., 1926, т. II, с. 351 – 352.

### Сербская психиатрическая ассоциация при поддержке ВПА

## ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЯ В ЭПОХУ СОЦИАЛЬНЫХ ПЕРЕМЕН

19 – 22 октября 2008 г., Белград, Сербия

profmjpg@eunet.yu; dusica.lecictosevski@eunet.yu;  
www.application.ups-spa.org



# ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ



\* Продолжаем публиковать коллекцию адресов входящей корреспонденции, собранную Ю. Н. Аргуновой во время ее работы в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Москва, Кропоткинский пер., 23). Начало см. НПЖ, 2006, № 3, 4; 2007, № 1, 3, 4.

Куда 2 Москва  
1-й Никитский пер.  
им. Сербского  
Кому Академику  
Дорозову

Москва  
Сивцев Вражек, 6  
Институт Сербского

Москва 119039  
Кропоткинский пр. 23  
им. Сербского

Москва карамзинский  
перулок Институт  
имени Сербского  
Кому Злату Вранчу

Москва  
Кропоткинский пер. 3.  
Центральный почтамт

Москва Кривокош-  
овская улица переулок  
Кривокошский институт  
Кому им. Сербского  
Заведующий

Москва,  
ул. Кривокошская, 13  
Заведующему совмещен-  
ной мастерской  
Надееся предприятия связи и адрес  
отправителя  
Московский СД  
СО

А В И А  
Москва  
Кропоткинский пер.  
№ 23. ВНИИСИ  
им. проф. Сербского  
Кому Справке бюро

# РЕКОМЕНДАЦИИ

---

*Рудольф Отто*. Священное. — СПб., 2008

*Йозеф Ратцингер*. Введение в христианство. — М., 2006

*Бенедикт XVI*. Энциклика о христианской любви. — Гатчина, 2006

\* \* \*

*Конрад Лоренц*. Так называемое зло. — М., 2008

*Ойген Розеншток-Хюсси*. Речь и действительность — М., 2008

*Виктор Молчанов*. Исследования по феноменологии сознания. — М., 2008

*Жан-Поль Сартр*. Симона де Бовуар. Аллюзия любви. — М., 2008

\* \* \*

*А. А. Любищев*. Расцвет и упадок цивилизации. — СПб., 2008

*К. Э. Циолковский*. Щит научной веры. — М., 2007

*Надежда Григорьева*. Эволюция антропологических идей в европейской культуре второй половины 1920 – 1940 гг. — СПб., 2008

*Николай Красавский*. Эмоциональные концепты в немецкой и русской лингвокультурах. — М., 2008

*Яков Ильич Фет*. Рассказы о кибернетике. — Новосибирск, 2007

*Г. В. Суходольский*. Математическая психология. — Харьков, 2006

\* \* \*

*Йоганн Готлиб Фихте*. Речи к немецкой нации (1808). — М., 2008

*Юрген Хабермас*. Расколотивый Запад. — М., 2008

*Карл Шмитт*. Теория партизана. — М., 2007

*Роберт Грин*. 48 законов власти. — М., 2007

*Александр Кустарев*. Российское большинство — бессмысленное и беспощадное // “Неприкосновенный запас”, 2008, 1, 1 (058), с. 20 – 25

*Владислав Иноземцев*. Демократическая перспектива для России не просматривается” (интервью) — Ibid., 122 – 128

\* \* \*

*Жак Ле Гофф*. История тела в средние века. — М., 2008

*Мода и эротика*. Под одеждой. Фланер. Трость и хитрость. Белых ворон становится все больше // Теория моды, 2007 – 2008. 6, НЛО, с. 9 – 268, 341 – 346

*Иван Прыжов*. Нищие и юродивые на Руси. — СПб., 2008

\* \* \*

*Леон Голденсон*. Нюрнбергские интервью. — Екатеринбург, 2008 (интервью психиатра)

*Александр Бобраков-Тимошкин*. Проект “Чехословакия”. Конфликт идеологий в Первой Чехословацкой Республике (1918 – 1938). — М., 2008

Белоруссия и Украина. История и культура. Ежегодник. 2005/2006 — М., 2008

\* \* \*

*Соломон Волков*. История русской культуры XX века. — М., 2008

Энциклопедический словарь экспрессионизма

\* \* \*

*Прот. Александр Шмеман*. Дневники 1973 – 1983. — М., 2007

*Бунин и Кузнецова*. Искусство невозможного. Дневники, письма. — М., 2006

# ABSTRACTS

---

---

## Revision of Psychopathological Categories

S. Yu. Tsyarkin

Besides symptoms, which absolutely and utterly testify to disorders of a concrete psychic process one should take into account such symptoms which depending on a concrete context may not have relation to pathology at all (false symptomatics), or represent natural change of one of the aspects of psychic activities in pathological conditions (conditional symptomatic) and/or incorrectly determine essence of pathology (misrepresented categories).

Moreover, there are categories, which despite outside resemblance may be originated from different psychopathologic phenomena (not uniform symptoms). Such symptomatic may draw attention earlier than absolute one and accordingly become the reason for visit (initial or regular) to psychiatrist, who diagnostically should ascertain, if that was a psychological peculiarity or a psychic pathology and of what kind.

## Modern Possibilities of Therapy of Drug Addicts

A. H. Hofman, T. A. Kozhina, I. V. Yashkina

Under discussion are three stages of treatment of persons misusing opiates which are prevailing in Russia in recent years.

It is stressed:

- 1) Ignoring striking from record persons who are out of sight;
- 2) Presence of remissional type in the course of opiomaniacs;
- 3) Necessity of inpatient treatment for not less than 6 month or at least 2 month, but not 15 – 30 days as it is now.

Priority is given to breaking therapy by large doses of atropine, as well as combination of clophelin and carbamazepin and others, has been voiced negative attitude to plasmapheresis, hemosorption and cingulotomy. At the second stage up to two months are necessary antidepressants with haloperidol, clozapin and others. At the third stage – not less than a year in closed rehabilitation center – psychotherapy, rehabilitation programs and use of prodetoxon. Recommended is substantial increasing number of rehabilitation centers, legislative basing for involuntary treatment and cessation of drug transit from the European countries.

**Общество по развитию психиатрии  
и связанных с ней наук Греции —  
Международная нейрпсихиатрическая ассоциация —  
Всемирная федерация обществ по биологической психиатрии**

**ТРЕТИЙ ОБЪЕДИНЕННЫЙ КОНГРЕСС  
ПО ПСИХИАТРИИ И НЕЙРОНАУКАМ**

*16 – 19 октября 2008 г., Афины*

**egslelabath@hol.gr**