

*ISSN 1028-8554*

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

---

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА  
IPA HERALD**

**IV**

**2009**

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 17.12.2009. Подписано в печать 25.12.2009. Формат 60×84 1/8.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 2009-04-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

ВЕЛИКИЙ ПРЕДТЕЧА ФЕНОМЕНОЛОГИИ. ГЕТЕВСКИЙ ПУТЬ В НАУКЕ . . . . .	5
110-ЛЕТИЕ ВЫДАЮЩИХСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КЛИНИЦИСТОВ	
Самуил Григорьевич Жислин . . . . .	8
Федор Федорович Детенгоф . . . . .	10
20-ЛЕТИЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ В WPA. . . . .	12
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>Со второго Конгресса психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан</i>	
Проблемы и перспективы сотрудничества специалистов: опыт НПА России	
— Ю. С. Савенко . . . . .	13
Теория и практика командного подхода в психиатрии — Ю. С. Савенко . . . . .	15
Интеграция психиатрии и соматической медицины: плюсы и минусы	
— Б. Н. Пивень (Барнаул) . . . . .	16
К вопросу о концептуальном кризисе психиатрии и путях его разрешения	
— О. А. Савенков (Сидней, Канада) . . . . .	19
Наукометрический анализ тезисов XIII и XIV съездов психиатров России: суицидология	
— А. А. Ивушкин, А. В. Немцов . . . . .	23
Сравнительная характеристика физиологической и патологической акинезии —	
Д. Н. Сакеллион, (Афины, Греция),	
У. Х. Алимов, Н. Н. Брянцева, Б. С. Бусаков (Ташкент, Узбекистан) . . . . .	27
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Клинический разбор в контексте судебно-психиатрического заключения	
— О. А. Бухановская, А. О. Бухановский, А. А. Кашин (Ростов-на-Дону) . . . . .	30
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Ганс Груле (Гейдельберг) — Психология шизофрении (ч. 2) . . . . .	42
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Судебная практика признания гражданина недееспособным — Ю. Н. Аргунова . . . . .	56
Реализация международных стандартов в сфере недееспособности и опеки	
в странах Восточной Европы — Д. Г. Бартнев (СПб) . . . . .	61
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Жертвы кампании против усыновителей . . . . .	65
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Место психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении расстройств	
шизофренического спектра — А. В. Павличенко . . . . .	72
Улучшение социализации психически больных в условиях санаторного отделения	
— А. Л. Дмитриев . . . . .	76
ПОЛЕМИКА	
О психоаналитическом понимании этиологии патогенеза и клинической картины	
зависимости от азартных игр. (З. Фрейд, О. Фенихель) — Д. А. Автономов . . . . .	80
ОТКЛИКИ	
Отклик на статью проф. Б. Н. Пивень «“Новое” в психопатологии» — И. П. Киреева. . . . .	88
Ответ проф. Б. Н. Пивень (Барнаул) . . . . .	88
ХРОНИКА	
Сотрудничество специалистов — представительный форум отечественных	
и зарубежных психиатров в Москве (27 – 30 октября 2009 г.). . . . .	89
Современное состояние долгой борьбы за состязательность экспертных заключений. . . . .	91
Конференция по “Правовым и этическим проблемам психиатрической помощи”. . . . .	93
Круглый стол в Комитете Совета Федерации. . . . .	94
Создание видимости объективности на ТВ . . . . .	95
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Гете и “Физиогномика” Лафатера . . . . .	97
РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . .	99
АННОТАЦИИ . . . . .	100

## CONTENT

GREAT ANCESTOR OF PHENOMENOLOGY. GOETHE'S WAY IN SCIENCE . . . . .	5
100-TH ANNIVERSARY OF OUTSTANDING RUSSIAN CLINICIANS	
<b>Samuil Grigorievich Zhislin</b> . . . . .	8
<b>Fedor Fedorovich Detengoff</b> . . . . .	10
20 YEARS OF RETURNING RUSSIAN PSYCHIATRY INTO THE WPA . . . . .	12
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<i>From the Second Congress of the Psychiatric Association of Eastern Europe and Balkan</i>	
<b>Problems and perspectives of cooperation of specialists: the IPA of Russia experience</b>	
— Yu. S. Savenko . . . . .	13
<b>Theory and practice of team approach in psychiatry — Yu. S. Savenko</b> . . . . .	15
<b>Integration of psychiatry and somatic medicine: advantages and disadvantages</b>	
— B. N. Piven (Barnaul) . . . . .	16
<b>On conceptual crisis in psychiatry and its resolution — O. A. Savenkov (Sydney, Canada)</b> . . . . .	19
<b>Sciencemetric analysis of the XIII and XIV psychiatric congresses' articles: suicidology</b>	
— A. A. Ivushkin, A. V. Nemtsov . . . . .	23
<b>Comparative characteristics of physiological and pathological akinesia —</b>	
D. N. Sakellion (Athens, Greece),	
U. H. Alimov, N. N. Bryantzeva, B. S. Busakov (Tashkent, Uzbekistan) . . . . .	27
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<b>Discussion of clinical case in the context of forensic psychiatric evaluation</b>	
— O. A. Bukhanovskaya, A. O. Bukhanovski, A. A. Kashin (Roston-on-Don) . . . . .	30
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
<b>Hans Walter Gruhle (Geidelberg) — Psychology of schizophrenia (part 2)</b> . . . . .	42
PSYCHIATRY AND LAW	
<b>Court practice of acknowledgement of a citizen to be legally incapable — Yu. N. Argunova</b> . . . . .	56
<b>Implementation of the international standards in the sphere of incapability</b>	
<b>and guardianship in the countries of Western Europe — D. G. Bartenev (Saint-Petersburg)</b> . . . . .	61
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
<b>Victims of crusade against adoptive parents</b> . . . . .	65
PSYCHOTHERAPY	
<b>Position of psychotherapy in combined treatment of schizophrenic spectrum disorders</b>	
— A. V. Pavlichenko . . . . .	72
<b>Improvement of the mentally ill socialization in conditions of sanatorium department</b>	
— A. D. Dmitriev . . . . .	76
POLEMICS	
<b>On psychoanalytical understanding of etiology, pathogenesis, and clinical picture</b>	
<b>of dependence on gambling (S. Freud, O. Fenichel)— D. A. Avtonomov</b> . . . . .	80
COMMENTS	
<b>Comments to Prof. Piven's article "On so called new in psychopathology" — I. P. Kireeva</b> . . . . .	88
<b>Reply of Prof. Piven</b> . . . . .	88
CHRONICLE	
<b>Cooperation of specialists — representative forum of Russian</b>	
<b>and foreign psychiatrists in Moscow (October 27 – 30, 2009)</b> . . . . .	89
<b>Present state of our long fight for competition of expert examination conclusions</b> . . . . .	91
<b>Conference "On legal and ethical problems of psychiatric care"</b> . . . . .	93
<b>Round table discussion in the Committee of the Federation Council</b> . . . . .	94
<b>Imitation of objectivity on TV</b> . . . . .	95
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
<b>Goethe and "Physiognomy" by Lavater</b> . . . . .	97
RECOMENDATIONS. . . . .	99
ABSTRACTS . . . . .	100

# ВЕЛИКИЙ ПРЕДТЕЧА ФЕНОМЕНОЛОГИИ. ГЕТЕВСКИЙ ПУТЬ В НАУКЕ

---

---



Иоганн Вольфганг Гете (1749 – 1832) до сих пор воспринимается многими только как великий поэт, классик мировой литературы, создатель немецкого литературного языка. Между тем, не менее велик его вклад в науку, а сам он даже считал этот вклад более значительным, и действительно посвятил научным исследованиям больше времени и сил, чем художественному творчеству. Это не просто 14 томов научных работ, это выдающиеся, сплошь и рядом пионерские вклады во многие области естествознания, благодаря его — отличному от господствовавшего — отношению к предмету исследования, стремлению “все вещи видеть такими, как они есть” и постоянно упражняться в этом. Он шел в науке своим особым путем, часто против течения, в надолго растянувшуюся позитивистскую эпоху, открыто игнорируемый даже в родном Иенском университете. Он слишком намного опережал свою эпоху. Но его сразу признали Иоганн Готфрид Гердер, братья Вильгельм и Александр фон Гумбольдты, а Иоганн Мюллер и Карл Густав Карус считали себя его учениками.

Гете — основоположник новой научной дисциплины — морфологии (1795), как учения о форме, формообразовании и преобразовании органических тел, т.е. схваченных в динамике и развитии. Поэтому само понятие морфологического типа Гете предпочитает обозначать не как “гештальт” (непереводимое немецкое слово, означающее одновременно “образ” и “целое”), а как Протей (мифическое существо, постоянно меняющее свой облик, оставаясь самим собой). Тип обнаруживается во множестве классов, родов, видов, конкретных особей, для которых он служит “законом”. Внесение в понятие типа акцента на постоянное становление и преобразование — до сих пор самый передовой взгляд (“морфопротессы”).

Гете впервые конкретно разработал фундаментальный принцип гомологии, как закономерно необходимое в соотношении частей тела животного, и понятие гомологических типов (прото-типов) в зоологии и палеонтологии (до Кювье), ставшие не только грандиозным вкладом в сравнительную анатомию, но плодотворным во многих науках до нашего времени.

Тем не менее, признание открытой им благодаря этому межчелюстной кости (1784) потребовало борьбы, растянувшейся на полстолетия.

Его “Метаморфоз растений” (1786 – 1790) с идеей прото-феномена растения, как типически-общего — грандиозный вклад в естественную классификацию в противовес формальной классификации Карла Линнея. К тому же “из первораствения объяснимы все монстры”, т.е. патологическое.

Его беспрецедентный по резкости спор с оптикой Исаака Ньютона относительно природы цвета (цвет раскрывается и существует лишь благодаря глазу) на основе многолетних тщательных исследований (с 1790), давших строгое описание непосредственно данного в отношении цвета в естественных условиях, взамен гипотез и объяснений на основе лабораторных данных, восстановил против него большинство ученых его времени, прежде всего физиков и математиков, и завершился только полстолетия назад признанием его основоположником психофизиологии цвета, физиологической оптики. Но этого мало: Гете критиковал механистичность ньютоновской оптики, и современная физика в лице Вернера Гейзенберга и других ведущих физиков признала это<sup>1</sup>.

Велик его вклад в минералогию, геологию, гляциологию, вплоть до идеи ледникового периода, высказанной на основе полевых исследований, в метеорологию и т.д. И во всем с конкретными практическими приложениями. Он многое разработал сам, еще большее наметил. Огромность и значительность сделанного им приводит в изумление каждого, кто знакомится с этим ближе. Из титанов прошлого только Леонардо да Винчи и, может быть, Альберта Великого можно поставить с ним рядом.

Опережающий время характер гетевских естественнонаучных исследований связан с их неотделимостью от его эстетики с ее понятиями стиля и символа (первофеномена или пра-феномена), как воплощения роли целого и всеобщего в элементах и особенном.

<sup>1</sup> “То, что на протяжении всего XVIII века придерживались корпускулярной теории света, являлось простой случайностью. Во-первых, здесь сказался авторитет Ньютона, который избрал корпускулярную теорию как более простую концепцию... Во-вторых, в то время не существовало математических доказательств того, что явление видимой резкой границы теней можно объяснить с помощью понятия волны”. “В 1921 году я был убежден, и это убеждение разделялось большинством моих современников-физиков, что наука дает объективное знание о мире, который подчиняется детерминистским законам... В 1951 году я уже ни во что это не верил. Теперь грань между объектом и субъектом уже не казалась мне ясной; детерминистические законы уступили место статистическим. Теперь я смотрю на мою прежнюю веру в превосходство науки перед другими формами человеческого мышления и действия как на самообман, происходящих от того, что молодости свойственно восхищение ясностью физического мышления” (Макс Борн. “Физика в жизни моего поколения” — М., 1963).

Живя в эпоху великих немецких философов-идеалистов, — Канта, Фихте, Шеллинга, Гегеля, Шопенгауэра, близко зная многих из них, он “опасливо” дистанцировался от их умозрений, никогда не отрывая идею от опыта (“сами факты уже теория”) и оставаясь реалистом. С юности ему (как и Лейбницу, и Ясперсу) наиболее близок был Спиноза.

Максимы Гете, выражающие его научное и мировоззренческое кредо, делают его предтечей феноменологического метода. Сам он обозначал свой метод оксюмороном: “рациональный эмпиризм”. Таким же “родом безумия” были и другие сочетания, реализованные гетевским подходом: сверхвременное-временное, всеобщее-единичное, едино-множественное. Таково и понятие “корпускулярно-волнового” современной физики.

*“Самое высокое было бы понять, что все фактическое есть уже теория: синева неба раскрывает нам основной закон хроматики. Не нужно только ничего искать за феноменами. Они сами составляют учение”.*

*“Теория — это обыкновенно результаты чрезмерной поспешности нетерпеливого рассудка, который хотел бы избавиться от явлений и подсовывает поэтому на их место образы, понятия, часто даже одни слова. Подозревают, даже видят, что это только вспомогательное средство, но разве страстность и партийность не прилепляются всегда к таким средствам? И не без основания, так как они очень нуждаются в них”.*

*“Феномены должны быть раз и навсегда вырваны их мрачного эмпирико-механико-догматического застенка и представлены на суд обыденного человеческого рассудка”.*

*“Всеобщая ошибка, которую делают еще и сегодня”: “чрезмерная поспешность, когда непосредственно переходят от феноменов к их объяснению”.*

*“Каждый слышит только то, что он понимает”.*

*“Нет ничего труднее, чем брать вещи такими, каковы они суть на самом деле”. “Где я не могу ясно видеть, не могу с определенностью действовать, там начинается круг, к которому я не призван” (относительно месмеризма, ясновидения, сомнамбул). Демоническое для него “есть то, чего ни рассудок, ни разум постичь не могут”.*

*“Непосредственному созерцанию вещей обязан я всем, слова значат для меня меньше, чем когда-либо”. “Ничего в жизни не остерегался я так, как пустых слов”. Пустые слова — это слова, лишённые созерцательности и предметности<sup>2</sup> (т.е., серии конкретных*

<sup>2</sup> По поводу этого определения Гете написал в 1823 году статью “Значительный стимул от одного единственного меткого слова”, имея в виду одобрительную характеристику о себе, своей деятельности, методе и мышлении в “Антропологии” Гейнротта, в которой пишет: “Слово “предметный” сразу раскрыло мне глаза... Мышление мое проявляется

образов, живых примеров), они продукты рассудка, извне оформляющего данные созерцания, вытравливая из них их собственное содержание. Это языковые знаки, которые связывают не вещь и ее название, а лишь понятие вещи с названием. Но название, т.е. слово, — всего лишь символическое упрощение, аббревиатура реального содержания, которое значимо как жест, наводящий наше внимание на смысл, как фонарь, освещающий дорогу. Смотреть надо не на фонарь, т.е. не застревать на словах, а сквозь слово видеть сущность вещи. Следует на время отречься от слов, забыть слова и погрузиться в конкретное созерцание конкретной вещи, оторваться от всех ее наименований, которые затемняют, искажают и поменяют саму вещь. Это — самое трудное.

“Никогда в достаточной мере не вдумываются в то, что **язык** в сущности только символичен, только образен и **никогда не выражает предметы непосредственно**, а только в отражении. Это особенно относится к тем случаям, когда речь идет о таких сущностях, которые... можно назвать скорее **деятельностями**, чем вещами, которые в царстве природы находятся постоянно в движении. Их нельзя

удержать, и тем не менее о них надо говорить...”. При этом **“трудно не ставить знак на место вещи, все время иметь перед собой живую сущность и не убивать ее словами”**.

Протофеномены “открываются не рассудку путем слов и гипотез, а созерцанию через феномен”. “Бесполезно рассуждать о протофеноменах, их нужно видеть”.

Отечественной культуре Гете как ученого представил Александр Герцен. Мы рекомендуем монографии о Гете Георга Зиммеля и Эрнста Кассирера, очерки В. Вернадского, Н. Холодковского, В. П. Зубова, но особенно книги И. Канаева и Карена Свасьяна. Но прежде всего, самого Гете: “Избранные сочинения по естествознанию”, “Избранные философские произведения” и “Гете” В. О. Лихтенштадта (СПб., 1920), а также “Разговоры с Гете” Иоганна Эккермана. Это упоительное чтение, которое просветляет и окрыляет.

Природа, постигнутая в своей живой сущности в гениальных прозрениях Гете, осталась мертвой для многих последующих поколений ученых, вплоть до нашего времени.

предметно... не отделяется от предметов... наглядные представления входят в него и теснейшим образом пропитываются им, само мое созерцание есть мышление, мое мышление — созерцание”.

### Уважаемые коллеги!

Рекомендуем подписаться на газету

### “ТРОИЦКИЙ ВАРИАНТ”

Газету выпускают ученые и научные журналисты совместно с scientific.ru ([www.scientific.ru/trv](http://www.scientific.ru/trv))

Индекс в каталоге Агентства “Роспечать”: **19904**

*Газета выходит 1 раз в 2 недели*

*Стоимость подписки на 6 мес. чуть более 300 руб.*

*Подписку можно оформить с любого номера газеты*

# 110-ЛЕТИЕ ВЫДАЮЩИХСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КЛИНИЦИСТОВ

## Самуил Григорьевич Жислин



С. Г. Жислин родился в 1898 г. После окончания медицинского факультета Московского университета он сразу же начал работать в качестве врача-психиатра под руководством П. Б. Ганнушкина. В дальнейшем его врачебная, научная и преподавательская деятельность проходила на кафедрах психиатрии в Воронеже и Перми. Более 20 лет он проработал в Московском научно-исследовательском институте психиатрии МЗ РСФСР, будучи руководителем созданного им отдела психической патологии позднего возраста. В руководимой им клинике работали Г. Я. Авруцкий, А. И. Белкин, О. П. Вертоградова, И. Я. Гурович, И. В. Павлова, Н. Ф. Шахматов, которые были его учениками.

С. Г. Жислин был разносторонним психиатром. Его научные работы были посвящены клинике алкоголизма, алкогольных психозов, реактивным психозам, шизофрении, в том числе сочетающейся с алкоголизмом, эндогенным аффективным психозам, инволюционным психозам, психозам старческого возраста, атрофическим заболеваниям головного мозга, вопросам терапии психических заболеваний. Ему принадлежит подробное описание алкогольного абстинентного синдрома и трактовка этого состояния как основного диагностического признака алкоголизма. Во все руководства и учебники по психиатрии вошел описанный С. Г. Жислиным параноид внешней установки — острый реактивный параноид, возникающий у лиц в условиях железнодорожных поездок и пребывания на вокзалах. Работа “Об острых параноидах” была опубликована в 1940 г. В этой и ряде других работ была сформирована концепция фактора па-

тологически измененной соматической почвы для возникновения и развития психотических расстройств, в частности реактивных параноидов, неблагоприятно текущих форм шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, пресенильных психозов. В качестве патологически измененной почвы в развитии психических расстройств им рассматривались хронические соматические заболевания, эндокринная патология, органические поражения головного мозга.

Большое место в трудах С. Г. Жислина отведено психозам позднего возраста. Им были выявлены некоторые общие закономерности в развитии разных по нозологической принадлежности психозов старческого возраста с явлениями слабоумия и преобладанием бредовых расстройств. Вопросам бредообразования он уделял специальное внимание. С. Г. Жислин явился одним из основоположников отечественной психофармакотерапии новой нейролептической эры. В начале 60-х годов он выявил некоторые важные закономерности действия нейролептиков и антидепрессантов при лечении эндогенных психических расстройств.

Для творческого метода С. Г. Жислина характерны глубокие обобщения на основе тонкого клинического анализа, стремление найти общие клинико-патогенетические зависимости при психических заболеваниях. Направленность на выявление патогенетических связей определяла все его труды. Тщательная клиническая аргументация, логичность и убедительность научных доводов определяли большую популярность его научных взглядов и концепций среди психиатров. Основные результаты его исследований были обобщены в монографии “Очерки клинической психиатрии” (1965), которая приобрела широкую известность.

С. Г. Жислин был ярким представителем Московской психиатрической школы, его научные взгляды формировались под влиянием П. Б. Ганнушкина. С. Г. Жислин считал, что психиатрия является точной наукой и что надежная диагностика психического заболевания всегда возможна, если учтены все стороны анамнеза и клинической картины.

Самуил Григорьевич был жизнерадостным человеком, скромным, мягким и уступчивым, но он становился совершенно непреклонным, когда речь шла о его научных убеждениях, клинической позиции. Он был искренне и глубоко предан психиатрии, в развитие научных основ которой он внес большой личный вклад.

*Ю. И. Полищук*



## Проф. Александр Генрихович Гофман вспоминает

В моей психиатрической жизни работы Самуила Григорьевича сыграли особую роль. Именно они в значительной мере определили мой интерес к алкогольным психозам. Огромное впечатление оставила лекция Самуила Григорьевича о параноидах внешней обстановки, которую он прочитал в 1950 году для врачей психиатрической больницы на Матросской Тишине. Он читал, медленно расхаживая по большому кабинету. Исключительная по глубине изложения лекция оставила неизгладимое впечатление. Передо мной был не только высококлассный специалист, излагающий то, что он знает лучше других, а мудрый, напряженно думающий вслух врач. Такой манеры чтения лекции больше не приходилось встречать.

Через много лет, став сотрудником Московского института психиатрии, я иногда беседовал с Самуилом Григорьевичем о различных психиатрических проблемах. Он держался удивительно скромно, охотно делился своими знаниями и всегда был готов проконсультировать больного. Вместе с тем, оставался очень принципиальным человеком, одним из лучших представителей московской психиатрической школы. Одному сотруднику он прямо заявил, что в психиатрии недопустима дипломатия и свои взгляды надо излагать так, чтобы до конца была понятна авторская точка зрения. Именно таким образом Самуил Григорьевич формулировал свои взгляды в статьях и книгах.

Однажды он с раздражением заметил: “Выдумали какую-то свою судебную психиатрию”. Затем пояснил, что судебная психиатрия — всего лишь раздел клинической психиатрии, а не самостоятельная научная специальность.

Очень показательным было отношение Самуила Григорьевича к оценке состояния известных людей. Так, Самуил Григорьевич не стал комментировать болезнь С. Есенина, лечившегося в корсаковской клинике, когда он там работал. Самуил Григорьевич просто сделал вид, что не расслышал заданного вопроса. Видимо, не хотел обсуждать диагноз, полагая, что не-

льзя раскрывать врачебную тайну, пока живы близкие родственники покончившего с собой поэта.

Не стал обсуждать и психическое состояние Сталина: “Истории болезни нет, значит не о чем говорить”.

На заседаниях Ученого совета и на клинических конференциях Самуил Григорьевич выступал только тогда, когда считал себя компетентным по тому или иному вопросу.

Однажды я попросил проконсультировать больного, заболевание которого могло трактоваться по-разному. Самуил Григорьевич очень внимательно выслушал анамнез, потом долго беседовал с больным. Оценка состояния была очень тонкой. Он отметил, что ряд высказывания больного можно понять, только учитывая сам факт многолетнего галлюцинирования, в этих случаях не стоит все квалифицировать как проявление шизофрении. Тут же заметил, что в книге И. В. Стрельчука, посвященной алкогольным галлюцинозам, описаны некоторые больные, которых он лично консультировал, и которым следовало бы поставить два диагноза — алкоголизм и шизофрения.

Самуил Григорьевич совершенно не выносил скандалов в научной среде. Однажды перед защитой диссертации в 1-ом Московском медицинском институте началось выяснение отношений с обвинением сотрудников в несостоятельности. Скандальную ситуацию Самуил Григорьевич терпеть не стал и молча покинул аудиторию, не став слушать, кого надо увольнять, а кого оставить работать.

Зная о моем интересе к клинике алкогольных психотических состояний, Самуил Григорьевич сделал мне удивительный подарок — подарил отпечаток своей статьи об алкогольном абстинентном синдроме, которая была напечатана в немецком журнале. Это было тем более удивительно, что Самуил Григорьевич придерживался совсем иной точки зрения в отношении алкогольных параноидов, чем я. Несогласие во взглядах по частному вопросу для большого ученого — не препятствие для уважительного отношения к молодому специалисту. Этот урок я запомнил на всю жизнь.

*От редактора. На моей памяти последние годы Самуила Григорьевича и то, как влекло всех нас — аспирантов и ординаторов Института — на его клинические разборы, и то, какими они были. Теперь я бы сказал — сполна феноменологическими: с поразительно точно увиденным в деталях целым, его неспешным живым рельефным воспроизведением. С. Г. как бы делился с нами тем, что и как сам увидел, и это все — и цвет лица, и интонации ответов, и моторика, и реакции на болезненные вопросы... — было непременно предварительным разворачиваемым полотном до всяких клинических сопоставлений, которые, в свою очередь, проводились без какой-либо “экономии усилий”, как и последующие квалификации. Все мы каким-то образом чувствовали и распознавали, чьи разборы слушать, и кого считать своим Учителем.*

*Уходит поколение, которое помнит, каким неформальным авторитетом пользовался Самуил Григорьевич, и что это значило. А роль этого выдающегося клинициста до сих пор не увековечена должным образом.*

## Федор Федорович Детенгоф



Основание 1 января 1920 года кафедры психиатрии при медицинском факультете Среднеазиатского Государственного Университета по существу явилось началом истории развития психиатрической науки не только в Узбекистане, но и во всей Средней Азии. Возглавлявшие кафедру профессор Ю. В. Каннабих, доцент С. А. Преображенский, доцент Л. В. Анциферов, а затем профессор Ф. Ф. Детенгоф подготовили плеяду высококвалифицированных научно-педагогических кадров, практических врачей-психиатров и организаторов психиатрической службы. В этой большой разносторонней деятельности значительное место принадлежит профессору Ф. Ф. Детенгофу.

По окончании медицинского факультета 1 Московского Государственного Университета в 1920 г. Ф. Ф. Детенгоф прошел обучение в клинической ординатуре при психиатрической клинике им. Корсакова, экстернатуру при нервной клинике под руководством Г. И. Россолимо, работая одновременно районным наркологом. С 1925 по 1927 гг. работал ординатором санатория для нервнобольных, позднее в детской психоневрологической клинике г. Москвы, 1-й городской психиатрической больнице (сейчас ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского), научным сотрудником в научно-исследовательском институте им. Ганнушкина, ассистентом кафедры педиатрического факультета 2 Московского Медицинского института. В 1938 г. Федор Федорович защитил докторскую диссертацию, посвященную клинике и течению психических расстройств при хроническом эпидемическом энцефалите. В 1940 г. он добровольно приехал в Узбекистан, в Ташкентский Медицинский институт, где, будучи избранным заведующим кафедрой, руководил ею 30 лет. Являясь одним из основоположников психиатрии в Узбекистане, профессор Ф. Ф. Детенгоф с первых дней занял активную позицию по подготовке научно-педагогических и практических кадров вра-

чей-психиатров, разрабатывая теоретические и практические аспекты психиатрии.

Профессор Ф. Ф. Детенгоф являлся разносторонним исследователем, с широким кругом научных интересов. Им внесен большой вклад в разработку таких важных проблем психиатрии, как психические расстройства при эпидемическом энцефалите, особенности постгриппозных психозов, других инфекционных и послеродовых психозов, протекающих с шизоформной картиной. Много внимания профессор Ф. Ф. Детенгоф уделял изучению соматической основы психозов и лечению психически больных, вопросам краевой патологии — психическим нарушениям при малярии, местных энцефалитах, интоксикациях, бруцеллезе. В годы Великой Отечественной войны внимание коллектива кафедры было обращено на психические расстройства военного времени — травматического и ситуационного характера. Были разработаны и внедрены в практику методы лечения травматической эпилепсии и травматического мутизма.

Профессор Ф. Ф. Детенгоф — автор более 100 научных работ, в том числе 3 монографий. Его монографии “Пособие по лечению психических больных”, “Лечение неврозов и психозов”, “Психозы и психические изменения при эпидемическом энцефалите” получили широкую известность и высокую оценку научной медицинской общественности. Им написано первое в республике “Учебное пособие по психиатрии” для студентов. Его исследования и труды, отличавшиеся глубиной теоретического анализа, методологической отточенностью и особым клиническим мастерством, всегда имели практическую направленность, служили интересам больного.

Многостороннюю научную и практическую деятельность Федор Федорович сочетал с большой общественной работой. Многие годы он был главным психиатром республики, председателем Узбекского общества невропатологов и психиатров, являлся членом редакционного совета Журнала им. С. С. Корсакова и Медицинского журнала Узбекистана.

Заслуги профессора Ф. Ф. Детенгофа были высоко оценены правительством — он был награжден тремя орденами Трудового Красного Знамени и многими медалями.

Профессор Ф. Ф. Детенгоф подготовил большое количество научных работников, под его руководством выполнено более 10 кандидатских и докторских диссертаций.

Ф. Ф. Детенгоф был талантливым и эрудированным педагогом, его яркие, содержательные и эмоциональные лекции и клинические разборы привлекали широкий круг студенчества и специалистов. Профессор Ф. Ф. Детенгоф был разносторонне образован-

ным человеком: хорошо знал мировую классическую литературу, музыку, изобразительное искусство — живопись, причем сам любил музицировать, рисовать, особенно пейзажи среднеазиатской природы.

Федора Федоровича вспоминают как человека требовательного к себе и сотрудникам, принципиального и высоко интеллигентного руководителя, скромного и доброго человека. Эрудированность, увлеченность научно-практической деятельностью, щед-

рость, с которой он делился своими знаниями и опытом, простота и душевность общения, постоянная готовность прийти на помощь, тонкое чувство юмора, снискали ему глубокое уважение, заслуженный авторитет коллектива кафедры, института и всей медицинской общественности Узбекистана.

*Проф. Ш. Ш. Магзумова,  
Кафедра психиатрии и наркологии  
Ташкентской Медицинской Академии*

*От редактора. Профессор Федор Федорович Детенгоф — это тот человек, который спас честь отечественной психиатрии в годы широкомасштабного использования психиатрии в политических целях. В самом громком и самом документированном деле генерала Петра Григоренко, длившемся 17 лет (1964 – 1974 – 1991), он со всей своей судебно-психиатрической экспертной комиссией (Е. Б. Коган, А. М. Славгородская, И. Л. Смирнова), решительно отверг в 1969 г. заключение стационарной судебно-психиатрической экспертизы во главе с А. В. Снежневским и Д. Р. Лунцем 1964 года (“паранойяльное (бредовое) развитие личности с присоединением явлений начального атеросклероза головного мозга. Невменяем. В спецпсихбольницу на принудительное лечение”) и записал: “Признаков психического заболевания не проявляет в настоящее время, как не проявлял их и в период совершения инкриминируемых ему преступлений. Вменяем. В стационарном обследовании не нуждается”. Но спустя 3 месяца генерала послали на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, которая (Г. В. Морозов, В. М. Морозов, Д. Р. Луниц, З. Г. Турова, М. М. Мальцева) продублировала заключение экспертизы Снежневского. А накануне Ф. Ф. Детенгофа вызвали в Москву, где Г. В. Морозов и Д. Р. Луниц оказали на него — 80-летнего — преступно грубое давление, требуя отказаться от своего заключения, чем ускорили его смерть.*

**20-й всемирный конгресс  
Международной федерации психотерапии**  
*16 – 19 июня 2010 г., Люцерн, Швейцария*  
**E-mail: Ulrich.schnyder@psyp.uzh.ch; www.ifp.name**

**4-й симпозиум  
по транскультуральной психиатрии**  
*25 – 26 июня 2010 г., Барселона, Испания*  
**E-mail: mcasas@vhebron.net**

# 20-ЛЕТИЕ ВОЗВРАЩЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ ВО ВСЕМИРНУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ АССОЦИАЦИЮ

17 октября 1989 года на Конгрессе в Афинах Независимая психиатрическая ассоциация была принята полноправным членом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). Тот факт, что возвращение российской психиатрии в ВПА началось с независимой ассоциации, было связано с 5 условиями, которые необходимо было выполнить Всесоюзному обществу психиатров, которое 6 лет до этого вышло из ВПА, упреждая неизбежное исключение за беспрецедентное по масштабам в истории психиатрии использование психиатрии в политических целях: стационарирование в психиатрические учреждения не по медицинским показаниям, а по полицейским. Этими пятью условиями были:

- 1) признать использование психиатрии в политических целях;
- 2) реабилитировать пострадавших;
- 3) принять закон о психиатрической помощи;
- 4) сменить руководство советской психиатрии;
- 5) принимать инспекции ВПА.

В результате, спустя два года, когда эти условия были выполнены, в ВПА было принято Российское общество психиатров (РОП). Всесоюзное общество психиатров, автоматически ставшее обществом психиатров СНГ, не соответствовало Уставу ВПА, куда принимают только национальные общества. РОП заявило, что не считает себя правопреемником Всесоюзного общества. С тех пор Россию в ВПА представляют две общероссийские психиатрические организации.

На пленарном заседании Второго Восточно-европейского конгресса по психиатрии, организованного Ассоциацией психиатрических обществ стран Восточной Европы и Балкан, проходившего 27 – 30 октября 2009 г. в Москве, президент этой организации проф. Джордж Христулду (Греция), проф. Хуан Мезич (США) от лица ВПА и проф. В. Н. Краснов от имени РОП приветствовали 20-летний юбилей НПА России. Было зачитано приветствие от Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина. Пришло также поздравление от Американской психиатрической ассоциации.

*Уважаемые члены Независимой психиатрической ассоциации России!*

*Поздравляя вас с двадцатилетним юбилеем, могу поздравить всю отечественную психиатрию с наличием на протяжении уже исторического срока в очень непростое время успешно действующей профессиональной организации, которая постоянно показывает, насколько значимым не только для человеческого достоинства, но и для психического здоровья является соблюдение фундаментальных прав человека.*

*Наша совместная деятельность на протяжении десятилетия позволяет высоко оценить ваши усилия по реализации закона о психиатрической помощи, создания Службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров, защите прав недееспособных — самой уязвимой категории граждан, предотвращения использования психиатрии в немедицинских целях. Все это получило признание как внутри страны, так и за ее пределами.*

*Мы рады нашему сотрудничеству с Вашей Ассоциацией и желаем вам дальнейших успехов.*

*Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукин*

*Dear Dr. Savenko,*

*On behalf of the American Psychiatric Association, I would like to commend the Independent Psychiatric Association of Russia for your twenty years of service to patients and psychiatrists of the Soviet Union and Russia. During these twenty years, some of the most distinguished members of the American Psychiatric Association have worked with you to uphold the highest ideals of our medical profession. Your continued dedication to those ideals is recognized and commended on this important anniversary of the founding of your organization.*

*Sincerely,  
James H. Scully, Jr., M.D.  
Medical Director and CEO  
American Psychiatric Association*

# СО ВТОРОГО КОНГРЕССА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И БАЛКАН

## Проблемы и перспективы сотрудничества специалистов: опыт НПА России<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко

Наиболее полное воплощение личностно-ориентированной психиатрии, позволяющей оказывать разностороннюю индивидуализированную помощь людям с психическими расстройствами, дает полипрофессиональный подход — команда специалистов, координирующую роль в которой играет психиатр. Сотрудничество специалистов в сфере психиатрии и психического здоровья неразрывно связано с представлением о предмете каждой из необходимых здесь профессий и их взаимоотношении друг с другом.

Особенностью психиатрии было — с начала XX века — углубляющееся понимание, что ее предметом является личность человека с психическими расстройствами. Это означало, что психиатрия соотносится в норме не с одной только физиологией и не с психологией, а с динамичным интегральным индивидуальным целым биологического, психического и духовного конкретной личности в конкретном социальном контексте. Этот антропологический подход вырос из возникшей 120 лет назад благодаря усилиям Стенли Холла педологии, как комплексной дисциплины, объединяющей и интегрирующей данные самых разных наук относительно ребенка в его развитии. Впечатляющие успехи этого подхода, особенно относительно первых трех лет жизни ребенка, интеграция в него психодинамических идей повлияли и на развитие психиатрии. В российской традиции эти позиции разделяли Бехтерев, Нечаев, Выготский и многие другие. Впоследствии, в результате разгрома педологии в СССР, а потом павловских сессий эта позиция сменилась вульгарной физиологизацией и только с 70-х годов начала возрождаться в виде личностного подхода. Этот процесс в значительной мере определялся проникновением строго научных методов исследования в персонологию и корпус гуманитарных наук. В результате сформировалось представление, что психиатр как специалист не только объединяющий и интегрирующий в медицине данные разных наук, но и занятый социальной реабилитацией своих

больных в реальной жизни, превращается в центральную фигуру, пока другие медицинские дисциплины не перешли к личностному подходу. Такого рода психиатрократическая перспектива была обсуждена еще Карлом Ясперсом, который, с отличавшим его трезвым реализмом, показал, что антропологический подход в полной мере осуществим только в теоретическом плане, да и то философом, и что продуктивным на практике может быть только сотрудничество специалистов. “Общая психопатология” Ясперса и “Клиническая психопатология” Курта Шнайдера до сих пор служат строгой и взвешенной научной теорией нашего предмета.

Наша Ассоциация с момента своего создания руководствовалась именно такими представлениями. Поэтому ее 20-летний опыт заслуживает внимания.

Наши **Образовательные программы** начались в 1992 году с приглашения проф. Н. В. Мотрошиловой, ведущего отечественного специалиста по феноменологическому методу Э. Гуссерля, который является предваряющим и предопределяющим все последующие этапы любого научного исследования. Это сложная, требующая специального тренинга техника непредвзятого опроса и описания, пресекающая на самом раннем этапе собственные концептуальные пристрастия и позволяющая корректно подготовить саму фактологию до ее статистической обработки и обсуждения. Это одновременно и работа по повышению собственного уровня критической философской рефлексии, что необходимо в нашем предмете на каждом шагу. Востребованность такого семинара была так высока, что почти все его участники — более 40 из 54 — вступили в ряды Ассоциации, в том числе 11 заведующих кафедрами психиатрии и многие главные врачи психиатрических больниц со всей страны.

В дальнейшем наши семинары характеризовались всевозможными новациями, прежде всего, были интердисциплинарными, с приглашением ведущих специалистов в самых различных областях, необходимых в психиатрии. Так, по проблеме **права** в психиатрии замечательный цикл лекций, остроумно построенных

<sup>1</sup> Выступление на пленарном заседании 28.10.09.

на еврейских анекдотах, прочел президент Международной ассоциации “Медицина и право” судья Амнон Карми. В дальнейшем и до настоящего времени только наша Ассоциация и наш журнал регулярно поддерживают этот необходимый почин, проводя юридические семинары и осуществляя юридическое консультирование.

Следующий семинар, посвященный проблемам **биоэтики**, проводил директор Института человека проф. Б. Г. Юдин, представляющий Россию в Международном совете по биоэтике.

Другой семинар проводился автором учебников по “**Социологии семьи**” и “Микросоциологии семьи” проф. МГУ А. И. Антоновым, исходя из фундаментального места семьи в деле социальной реабилитации.

В связи с начавшимися с 1995 года обвинениями многих религиозных организаций в нанесении тяжелого вреда психическому здоровью мы провели ряд семинаров с приглашением ведущих **религиоведов**, в частности, проф. МГУ советника Минюста проф. И. Я. Кантерева, который представил широкую честную панораму ситуации на основе своих многочисленных полевых исследований.

Наиболее значимыми вкладами **психологов** были лекции проф. В. П. Зинченко по проблеме доверия, автора замечательной монографии на эту тему, а также семинар-тренинг для военных психологов по предотвращению суицидов в армии по международной программе.

Наконец, серия семинаров была проведена со **специалистами по социальной работе** с психически больными. Новацией было приглашение на эти семинары специалистов по социальной работе разного уровня, в том числе, был приглашен средний медицинский персонал, американский, голландский и отечественный. Это соединение на равных профессуры и главных врачей со средним персоналом, тем более с проведением совместных ролевых игр, оказалось чрезвычайно продуктивным.

И, конечно же, мы привлекали к своим семинарам зарубежных коллег психиатров, представителей проторяемого нами феноменологического направления в психиатрии — Альфреда Крауса из Гейдельберга, Майкла Шварца из Бостона, Вольфгана Кречмера из Тюбингена и других.

Мы всегда ценили трезвый взгляд на наши проблемы со стороны населения и проводили семинары, рассчитанные на руководителей общественных приемных правозащитных организаций и сотрудников аппаратов региональных уполномоченных по правам человека. Это помогает адекватному пониманию жалоб на психиатров, позиции психиатров, препятствует стигматизации и антипсихиатрическим настроениям в обществе, и доносит необходимость обращения в конфликтных случаях к правозащитно ориентированным психиатрам.

Все эти семинары проводились приоритетно для тех коллег, которые имели возможность широко распространять новые подходы. Множество новаций в образовательный процесс внесла кафедра проф.

А. О. Бухановского и другие коллективы, самостоятельно приглашая зарубежных специалистов, особенно обсуждая опыт реформы психиатрической службы. Все большее число коллег стало приобретать второе высшее образование, чаще всего юридическое и психологическое. Проблематика наших семинаров **закладывала основу** под полипрофессиональную многомерную диагностику, лечение и социальную реабилитацию людей с психическими расстройствами. Только интердисциплинарно просвещенный психиатр будет со знанием дела использовать и координировать деятельность других специалистов в отношении своих пациентов. Низкий оклад юристов в области психиатрии, отсутствие льгот для психологов, психотерапевтов и даже психиатров в общесоматических больницах значительно тормозит реализацию полипрофессионального подхода.

**Экспертные комиссии** Ассоциации характеризуются уникальным полипрофессиональным составом: в них участвуют помимо трех психиатров психолог и юрист.

Полипрофессиональный подход предполагает не только экстенсивный рост, но также дифференцированную специализацию в рамках психиатрии, в частности, привлечение гериатров, психоэндокринологов, эпилептологов, наркологов, нейровегетологов и т.д. За последние годы без обсуждения с научной общественностью и вопреки ее протестам были ликвидированы субспециальности детского и подросткового психиатра, несмотря на их чрезвычайную значимость и выдающийся уровень отечественной школы. И — наоборот — преждевременно выделена субспециальность судебного психиатра-эксперта, что уже способствовало снижению уровня клинического обоснования в судебно-психиатрических экспертных заключениях.

Самостоятельную и неподъемную в нашем сообществе тему составляет **взаимодействие психиатров с представителями судебной, исполнительной, законодательской и четвертой власти (СМИ)**. Взаимодействие с властью — самая трудная в наших условиях проблема, требующая непомерных сил, примером чего служит наша многолетняя борьба и огромные усилия по исполнению самой властью ст. 38 Закона о психиатрической помощи о создании службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров, которая служит гарантией исполнения всего закона для стационарных больных. Несмотря на проведение на волонтерских основаниях всей необходимой огромной предварительной работы, консенсус всех заинтересованных лиц, — всех общественных и правозащитных организаций, обеих российских психиатрических обществ, активную позицию Омбудсмена страны, поддержку МИДа, Минюста, Минздрава и даже наличие визы Президента, отрицательная позиция Минфина и Минэкономразвития замораживает исполнение этой важнейшей статьи закона уже 18 лет, а визу президента — третий год. Остается подать на Правительство в суд, как это с успехом сделали киргизские коллеги.

# Теория и практика командного подхода в психиатрии<sup>1</sup>

Ю. С. Савенко

Обсуждаемая тема непосредственно связана с научной теорией и методологией психиатрии, которую заложили Карл Ясперс и Курт Шнайдер, и с ее философским основанием. Здесь мы видим наибольшую продуктивность критической онтологии Николая Гартмана, на которую опирались Курт Шнайдер (1935), Ганс Йорг Вайтбрехт (1963), Э. Грюнталь (1956), Рихард Юнг (1967) и др. Очевидна практическая ценность теоретических разработок в этом направлении Хуана Меззича, Джона Садлера, Альфреда Крауса, Майкла Шварца, Осборна Виггинса и др.

До сих пор популярным остается по сути антипсихиатрический тезис, что предметом психиатрии является не больной человек, а психические расстройства: симптомы, синдромы и болезни, которые объективируются, т.е. наделяются самостоятельной сущностью. Такой подход грубо игнорирует старинную традицию обучения медицине: студенты на четвертом курсе изучают так называемые факультетскую терапию и хирургию, т.е. отдельные болезни, а на пятом курсе изучают госпитальную терапию и хирургию, т.е. конкретных больных с этими болезнями. В психиатрии это различие на порядок резче, т.к. ее предмет не ограничивается биологическим слоем, а охватывает биологическое, психическое и духовное, т.е. конкретную человеческую личность психически больного в конкретном социальном контексте. Ни одна медицинская дисциплина не отличается так от ветеринарии, как психиатрия: экспериментальные неврозы и экспериментальные психозы у животных — нечто качественно совершенно другое.

Попытки объединить и интегрировать данные самых разных наук относительно личности психически больного имели своим истоком педологию (Стенли Холл, 1889; Джеймс Болдуин, Эдуард Клапаред, Арнольд Гезелл), а в конечном счете — медицинскую антропологию (Эрвин Штраус, 1969; Виктор фон Гебзаттель; Ганс Кунц и др). Как было показано, новое целое, возникшее за счет интеграции данных разных наук, воспринимается и действует не вместо, а наряду и совместно с ними. Отсюда следует, что интегрирующая роль психиатра не может заменить участие специалистов аналитического охвата.

А сам психиатр должен использовать оба пути: как феноменологический, так и индуктивный методы. Первый сразу схватывает индивидуальное целое, второй — обобщает, т.е. выделяет, суммирует и усредняет.

Физиогномическому сходству первого противостоит суммативное сходство второго.

Личностно ориентированный подход в условиях стационарной помощи, которая все еще преобладает в России, начинается с создания у человека с психическими расстройствами положительной установки на стационарирование и лечение. У нас эта процедура часто носит варварский характер, даже при поступлении в соматическую больницу, даже когда это происходит в сопровождении родственников. Все детали последовательности совершаемых при этом действий — переодевание, ванна, сдача вещей, поведение и манера общения персонала и т.д. нередко вызывают стресс. На создание позитивной установки не следует жалеть усилий, однако вопреки всем очевидностям, здесь ничего не меняется. В случае амбулаторной помощи — это установка на лечение и консультирование.

Далее следует этап максимально развернутой многомерной диагностики основного заболевания и входящих расстройств, квалификация особенностей личности, ее задатков и способностей, системы личностных компенсаторных механизмов, социального и материального положения и жизненной ситуации. На этом этапе речь тоже идет о полипрофессиональном подходе, здесь тоже важно превращать диагностические процедуры заодно в психотерапевтические, это часто не используемый могучий трамплин воздействия. Важную роль играет возможность получить юридическую консультацию, организовать встречи с родственниками.

Но о команде мы говорим на этапе непосредственно начавшейся терапии, когда сопрягаются усилия психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника, а потом и труднinstrуктора, специалиста по спортивной медицине и др. с привлечением среднего персонала.

На практике постоянно будет существовать опасность подмены, в силу экономии усилий, команды специалистов разрозненными консультациями профессионалов разного профиля. Поэтому важно подчеркнуть, что само понятие “команды” предполагает слаженно регулярно работающий коллектив специалистов, регулярно обсуждающий конкретные персоналии, координатором чего выступает психиатр. Это позволяет индивидуализировать прилагаемые усилия каждого специалиста в динамике, а не на основании единичных консультаций. Понятие “команды”, а не “бригады” и не “консилиума” подчеркивает творческий индивидуализирующий стиль работы, а не стандартно-технологично-производственный. На памятном примере одной известной московской психиатрической клиники

<sup>1</sup> Выступление на круглом столе “Командный подход в психиатрии”, орг. проф. Меззуем 29.10.09.

мы видели, как даже самый полный набор разнообразных методов лечения действует ненадолго, когда превращается в конвейерную шаблонную терапию. Кажется, включены все виды терапии, но нет подлинной индивидуализации и результат нестойк.

Важную роль играет стимуляция взаимопомощи больных и, таким образом, спонтанное формирование

неформальных микросоциальных групп. Хорошо видно огромное разнообразие осуществляемых на практике вариантов. Важным, но часто неформулируемым фактором является сама атмосфера отделения и практикуемый набор методов, образующих то новое в ней, что привносит командный подход.

## **Интеграция психиатрии и соматической медицины: плюсы и минусы<sup>1</sup>**

**Б. Н. Пивень (Барнаул)**

Уважаемые коллеги!

В первую очередь я хотел бы отметить, что такая важная проблема, как взаимодействие специалистов разных областей медицины в оказании помощи при психических расстройствах, так масштабно и столь заинтересованно, как на нашем сегодняшнем объединенном форуме, рассматривается впервые.

Эта тема давно привлекала и мое внимание, в связи с чем в данном сообщении мне бы хотелось поделиться своими соображениями на сей счет. Возможно, они будут спорными, но, тем не менее, я полагаю, что они отражают реалии, сложившиеся в нашем взаимодействии со специалистами других областей медицины, реалии, требующие обсуждения.

Как-то так происходит в психиатрии, что ее интеграция с соматической медициной, по крайней мере, как она складывается на сегодняшний день, оценивается сугубо положительно. В пользу этого утверждения убедительно говорят и опубликованные материалы нашего форума, и ряд уже прозвучавших на нем докладов. Однако я вижу в нашем взаимодействии с интернистами не только позитивные, но и негативные стороны.

Здесь необходимо заметить, что прежде я не встречал критических оценок, относящихся к такого рода взаимодействию. Их отсутствие могло свидетельствовать о неверности, ошибочности моих суждений. Однако неожиданно для себя я получил подтверждение обоснованности моей позиции. Причем, что мне кажется важным, это подтверждение было найдено после того, как я направил тезисы предлагаемого вашему вниманию доклада, в оргкомитет настоящей конференции. Во втором номере Независимого пси-

хиатрического журнала за этот год была опубликована информация о прошедшем в мае месяце сего года 162-м съезде Американской психиатрической ассоциации. В частности, она включала фрагменты выступления нового президента АПА доктора Алана Шатзберга, в котором содержались, в том числе, критические замечания, относящиеся к результатам взаимодействия в области психического здоровья американских психиатров с представителями других специальностей. И эти замечания перекликаются с частью моих критических оценок.

Я хочу, чтобы меня правильно поняли. Я не против интеграции психиатрии и соматической медицины. Напротив. Я считаю, что она необходима. Но здесь, тем не менее, требуются взвешенные оценки, необходим анализ как плюсов, так и минусов такого взаимодействия.

Попытаюсь пояснить и обосновать свою позицию. Вначале перечислю поля взаимодействия психиатрии и соматической медицины. Они хорошо известны.

Это психосоматические заболевания и соматопсихические расстройства. Психические расстройства при экзогенных воздействиях. Соматоформные расстройства. Соматическая патология у психически больных. Из этих полей и складывается характеризующийся переплетением и сочетанием расстройств психической и соматической сфер своеобразный и объемный раздел психиатрии, получивший название “психосоматическая медицина” или “психосоматика”. От характера взаимодействия на этих полях психиатров с врачами практически всех областей медицины во многом зависит дальнейшее развитие как психиатрии, так и медицины в целом.

Сначала о плюсах интеграции психиатрии и соматической медицины, или какой позитивный вклад она вносит в психиатрию, а в итоге и всю медицину. К числу плюсов, что признается, несомненно, всеми,

<sup>1</sup> Выступление на пленарном заседании “Сотрудничество специалистов как основа эффективной помощи людям с психическими расстройствами” 28.10.09.



относится тот факт, что психиатрия перестала быть какой-то особой, изолированной областью знаний в сфере сугубо психических форм патологии эндогенного плана, какой она была прежде, но и вошла в общий ряд медицинских специальностей. Первые реальные шаги в этом движении были связаны с концепцией Бонгеффера об экзогенных типах реакции. Эта концепция дала мощный толчок к изучению многими известными специалистами экзогенной психической патологии, что способствовало значительному развитию психиатрии и расширению сферы ее деятельности. Именно тогда психиатры выдвинули лозунг: «Психиатрия вышла за стены психиатрических больниц», так как акцент их деятельности сместился в различные соматические клиники. Еще один плюс — это полипрофессиональная помощь больным с коморбидной психической и соматической патологией. Организационные структуры такой помощи — психиатрические кабинеты в крупных поликлиниках общемедицинской сети и ЦРБ, а также психосоматические отделения в многопрофильных больницах. В числе значительных позитивных моментов интеграции — приближение психиатрической помощи к населению. Это обусловливается как ее оказанием в сети общемедицинской службы в только что названных организационных структурах, так и проведением части необходимых психиатрических мероприятий интернистами, получившими специальную подготовку. В списке плюсов — раннее выявление психических заболеваний интернистами. Именно к ним и обращаются в первую очередь многие пациенты. Но здесь, естественно, нужны соответствующие знания этих специалистов, их необходимая подготовка. Интеграция психиатрии и соматической медицины способствует росту толерантности населения к психиатрии и психически больным. Правда, до идеала здесь еще далеко.

Теперь о минусах.

Наше вполне оправданное, преследующее позитивные цели, стремление к сближению психиатрии и соматической медицины, как это ни падоксально звучит, уже обернулось довольно большим числом минусов. И почву для этих минусов, не могу не отметить, мы готовили сами.

Так, активная деятельность психиатров по интеграции психиатрии с другими медицинскими областями через обучение интернистов основам психиатрии на разного рода семинарах и краткосрочных курсах, привела к примитивизации представлений многих из них о нашей области знаний. Родилась иллюзия о легкости освоения предмета психиатрии. Поверхностная информированность о психической патологии обернулась убеждением о том, что ее вполне достаточно для вынесения диагностических заключений. Больше того, сплошь и рядом интернисты не только диагностируют психические расстройства, но и пытаются ле-

чить больных, в том числе и психофармакологическими препаратами.

Естественно, все это не может не сказываться на качестве помощи больным. Получается так, что квалифицированная специализированная помощь подменяется каким-то ее суррогатом. Вот пример. Неврологам нередко назначают своим стационарным пациентам антидепрессанты. Все мы прекрасно знаем, что эффект их действия проявляется минимум через десять дней. Если учесть, что эти лекарства назначаются, скорее всего, спустя какое-то время после госпитализации, а сроки пребывания больных в стационаре коротки, то получается, что результат их действия наступит, в лучшем случае, в последние дни перед выпиской. А что будет дальше? Кто будет ими, этими больными, заниматься?

Сейчас много говорится о росте распространенности депрессий, о том, что они выходят по своим негативным последствиям для населения на одно из первых мест. По этой причине все более активными становятся призывы психиатров подключать к лечению депрессивных больных интернистов. Одно из обоснований таких призывов — нарастающее число больных и невозможность психиатрических служб охватить всех их помощью. А как бы это выглядело, если бы нам предложили подменять других врачей? Хирургов, к примеру.

И еще о депрессиях. При кажущейся простоте их распознавания, особенно если пользоваться МКБ-10 как букварем, их диагностика сложна, порой, и для опытного психиатра. Я говорю об их нозологической принадлежности. Ее установление и должно определять терапевтическую тактику. Иными словами, депрессии депрессиям рознь. Отсюда должны быть и разные терапевтические подходы. Одно дело депрессия психогенная и совсем другое — инволюционная.

Не могу не отметить, что все разговоры о росте депрессий ведутся безотносительно их природы. Между тем, по нашим данным, а это результаты эпидемиологических исследований распространенности депрессивных состояний в разные периоды жизни нашего общества, их увеличение происходит за счет депрессий психогенной природы, в первую очередь, невротической депрессии. Распространенность же эндогенных и близких к ним депрессий — МДП, шизоаффективных, инволюционных, остается практически на одном уровне.

Наша активность по сближению психиатрии с соматической медициной обернулась еще одним интересным явлением. Специалисты разных областей медицины и с нашей подачи, и теперь уже по своей инициативе, все более настойчиво вытесняют нас с полей нашей профессиональной деятельности. Это эпилепсия, депрессии, органическая патология, СДВГ. Доктор Мотов, анализируя положение дел в американской психиатрии на страницах одного из выпусков Независимого психиатрического журнала, отметил

происходящую в ней любопытную тенденцию, обозначаемую как “демедицинизация психиатрии”. Суть ее сводится к тому, что к помощи психически больным по соображениям финансового плана вместо психиатров все активнее привлекаются представители немедицинских специальностей — психологи и социальные работники, прошедшие определенную подготовку по психиатрии. По аналогии процесс вытеснения психиатров из психиатрии интернистами я называю “депсихиатризацией психиатрии”.

Давайте посмотрим на МКБ-10. Судя по ее рубрикам, эпилепсия почти вся “приватизирована” неврологами.

К тому, что я говорил о депрессиях, добавлю, что уже приходится сталкиваться с такими случаями, когда интернисты начинают нас учить, как надо лечить таких больных. Не очень давно я получил приглашение принять участие в качестве слушателя в семинаре по депрессивной тематике. Как было сказано, его будет проводить приехавший к нам из столицы “известный кардиолог” Н. Вначале я подумал, что речь идет лишь о сходстве терминов — “депрессия” в экономике, в кардиологии. Но нет, речь шла именно о депрессии в понимании психопатологическом. Тогда я подумал, что может быть мне можно начать читать лекции по кардиологии.

Аналогично положение дел и с органической патологией. В ряде стран, как заметил когда-то профессор В. Н. Краснов, психиатры ею не занимаются. В нашей стране число психиатров, работающих в этой

области, в последние годы стало заметно снижаться. Неврологи же не столь уж редко пытаются оспаривать наши диагностические заключения, касающиеся этих заболеваний.

По СДВГ. Если обратиться к классикам детской психиатрии — Сухаревой, Симсон, руководству по детской психиатрии Ковалева, то окажется, что СДВГ — не что иное, как церебрастения. Но теперь больше этой патологией занимаются неврологи.

Есть еще один, никак не обсуждаемый, по крайней мере, я не знаю чтобы он кем-то рассматривался, негативный аспект интеграции, сопровождающейся вытеснением психиатров интернистами. Я имею в виду правовую сторону. Все мы хорошо знаем, что согласно закону о психиатрической помощи, право на ее оказание имеет только врач-психиатр. Привлекая, а нередко и поощряя врачей иных специальностей к оказанию, мы подталкиваем их к нарушению закона. Кстати, сами интернисты не всегда осознают это. Уже здесь на форуме я высказал свои соображения об этом одному из коллег-неврологов. Он парировал мой упрек тем, что неврологи берутся лечить “только легкие психические расстройства”.

Завершая свои соображения, я еще раз хочу подчеркнуть, что я не против интеграции психиатрии и соматической медицины. Только за. Но интеграция должна идти на пользу дела, на пользу больных. Поэтому, думаю, мы должны, используя ее позитивные стороны, минимизировать ее негативные последствия.

### **Уважаемые коллеги!**

Рекомендуем новый журнал

### **“МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ПРАВО”**

Главный редактор А. В. Тихомиров,  
Председатель редакционного совета проф. Г. А. Пашиных

**E-mail: [jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru](mailto:jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru)**

## К вопросу о концептуальном кризисе психиатрии и путях его разрешения

О. А. Савенков (Сидней, Канада)<sup>1</sup>

*Ключевые слова:* психиатрия, эволюционная психиатрия, психотерапия, биологическая психиатрия

Несмотря на значительные успехи за последние десятилетия в нейробиологии, генетике, клинической психологии, фармакологии, а также принятие на вооружение принципов доказательной медицины (ДМ), многих мыслителей и ученых нашего времени не покидает скептицизм по поводу научности психиатрии (1). В данной статье я остановлюсь на некоторых факторах, играющих роль в развитии концептуального кризиса современной психиатрии и возможных путях его преодоления.

Помимо того, что мы до сих пор не знаем точных причин развития психических расстройств, не владеем объективными методами диагностики и основываем диагнозы на субъективных наблюдениях клиницистов и их пациентов, психиатрию, в отличие от других клинических наук, также продолжают терзать противоречия, связанные с существованием разных подходов к концептуализации причин и методов лечения психических заболеваний. Например, до сих пор существует традиция “теоретических школ”, позволяющая психиатрам, клиническим психологам и психотерапевтам выбирать, на свое личное усмотрение и вкус, школу которая им более симпатична по тем или иным признакам и, соответственно, фокусировать свои научные интересы и клиническую работу в русле, соответствующем тому или иному теоретическому направлению.

### ПСИХОТЕРАПИЯ

Принадлежность к теоретическим школам наиболее ярко выражена в работе клиницистов, практикующих психотерапию. Как известно, на данный момент в мире существует более 400 типов психотерапии. Само по себе это, наверное, неплохо, ведь, теоретически, чем больше методов лечения мы имеем, тем больше шансов помочь нашим больным. Но это только теоретически. Практически же, только несколько видов

психотерапий (например, когнитивно-поведенческая, краткосрочная психодинамическая и межличностная) были подвергнуты рандомизированным контрольным исследованиям (РКИ) (1). Результаты этих исследований убедительно показали эффективность этих методик. Эти исследования выявили также, что в независимости от теоретической ориентации, все исследованные виды психотерапии более или менее одинаковы по своей эффективности, за исключением, наверное, поведенческой терапии, применимой к узкому кругу проблем (например, расстройства обсессивно-компульсивного плана) (2). Но настоящим шоком для профессиональных психотерапевтов стало то, что, как оказалось, образование психотерапевта (медицинское, психологическое или социального работника), ученая степень или опыт работы практически не влияют на исход лечения (2, 3).

Эффективность психотерапии зависит не от технических приемов и методик, а от “неспецифических” факторов: качество отношений между больным и психотерапевтом, включая такие понятия как эмпатия, желание помочь больному, вера психотерапевта в эффективность использованной методики, а также внутренняя готовность больного/клиента к изменениям. Собственно теоретические предпосылки, на которых основаны психотерапевтические методики, не имеют решающего значения в исходе лечения (2).

РКИ, так широко используемые в доказательной медицине, являются признанным методом исследования эффективности разных методов лечения, включая психотерапию, и помогают исследователям и практикующим клиницистам ответить на вопрос: “Эффективно ли лечение?”. К сожалению, РКИ не дают ответа на вопрос о том, как собственно работает это лечение, что важно для более глубокого понимания причин эффективности разных психотерапевтических методик, несмотря на зачастую противоречивые теории, на которых эти методики основаны.

ДМ, без сомнения, является одним из ведущих факторов в сближении психиатрии и науки, тем не

---

<sup>1</sup> Врач-психиатр Больницы Кейп Бретон.

менее термин “доказательная психиатрия” не всегда эквивалентен термину “научная психиатрия”. Такие характеристики теоретика как “многолетний клинический опыт”, “многочисленные публикации”, “профессор”, “академик”, “ученый” и так далее, оказывают сильное впечатление на потребителя психологической литературы, слабо знакомого с научной методологией. На самом деле, правдивость теории устанавливается не по тому, что ее выдвинул великий ученый с многочисленными регалиями, а за счет тестирования гипотез, сформулированных на основании данной теории. И хотя личный клинический опыт бесценен в формировании тех или иных теорий, он не может являться единственным основанием для доказательства выдвинутой теории по причине многочисленных когнитивных и средовых влияний, зачастую приводящих к неоправданной генерализации клинического опыта (3). Причина по которой при тестировании гипотез используется научная методология, как раз и основывается на том, чтобы избежать влияний, которым подвержены клиницисты-теоретики в ходе индивидуального клинического опыта.

Использование результатов рандомизированных контрольных исследований психотерапевтических методик, как косвенный способ доказательства теорий, на которых эти методики основаны, не может считаться адекватным. Как было указано выше, многочисленные РКИ ряда психотерапий показали, что, несмотря на значительные вариации и противоречия теорий, лежащих в их основах, результаты лечения оказались более или менее одинаковыми, и объяснимы, скорее, работой неспецифических факторов, нежели специальными терапевтическими техниками и процедурами.

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Значительный прогресс биологической психиатрии за последние несколько десятилетий отчасти был обусловлен реакцией на доминирование психоанализа, а в последствии и бихевиоризма, как главенствующих теорий, по крайней мере, в западной психиатрии, и их неадекватности и слабой методологии в попытке объяснения психических расстройств (4). Начиная с 50-х годов прошлого столетия, биологическая психиатрия накопила большой опыт в исследованиях молекулярных и генетических факторов, а также определении локальных зон головного мозга, коррелирующих с когнитивными, эмоциональными и поведенческими отклонениями.

К сожалению, биологические маркеры психических заболеваний, найденные на сегодняшний день, не являются специфичными и не могут быть использованы с диагностической целью. Как правило, факторы риска развития большинства психопатологий

слишком многогранны, чтобы объяснить их мутацией изолированного гена (или группой генов) или дисбалансом нейротрансмиттеров. Кроме того, влияние окружающей среды также имеет огромное, если не решающее, значение на экспрессию генов. (1).

## ДИАГНОСТИКА

На сегодняшний день для диагностики психических расстройств психиатры пользуются либо Международной Классификацией Болезней (МКБ), либо системой, разработанной Американской Психиатрической Ассоциацией — DSM, схожей с МКБ. Являясь по своей сути “атеоретическими”, эти классификации представляют собой компромисс между разными теоретическими школами в современной психиатрии. Несмотря на то, что как МКБ, так и DSM значительно улучшили достоверность в диагностике, тем не менее, произошло это за счет заниженной значимости сложности клинических состояний. Более того, эти классификации, особенно для новичков в психиатрии, иногда создают впечатление существования дискретных психических заболеваний, что не является корректным. Такое впечатление может вызвать ложное чувство определенности в диагностике и лечении конкретных психических расстройств и категоричности их существования, в то время как подавляющее большинство этих расстройств, на самом деле, являются крайним (патологическим) вариантом нормального функционирования (4). Концепция дименсиональности привлекает все большее внимание исследователей и, возможно, будет отражена в будущих классификациях психических расстройств.

Несмотря на попытку улучшить классификацию психических заболеваний путем отхода от теоретических спекуляций этиологии и улучшения достоверности в диагностике, такой подход не лишен недостатков. Относительная произвольность в оценке симптомов, отсутствие разницы в критериях между мужским и женским полами и ориентация на западно-европейскую культуру являются существенными недоработками данных классификаций (4).

С концептуальной точки зрения за последние десятилетия наметилась тенденция к развитию диаметрально противоположных подходов к пониманию причин психических расстройств: биологический (гены и нейротрансмиттеры) и психологический (негативное влияние внутри- и межличностных факторов). Эти подходы, по сути дела, развиваются в независимых друг от друга направлениях. Отчасти это объясняется отсутствием объединяющей научной мета-теории, объясняющей происхождение и развитие психических расстройств. Из-за вышеописанного “разброда и шатаний” в концептуализации причин психических расстройств в настоящее время возник-

ла острая необходимость в интегративном подходе, который был бы в состоянии соединить несоединимое: биологическую психиатрию, психологию и психотерапию.

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Высшее медицинское образование привносит свою лепту в концептуальный хаос. Вместо того, чтобы обучать студентов и молодых врачей тому, “как думать”, кафедры психиатрии и психотерапии фокусируют свои усилия преимущественно на том, “что думать” будущим врачам. Интерны и ординаторы не получают практически никакого образования в критическом мышлении. Чаще всего молодые доктора заканчивают свою специализацию без каких-либо представлений о научной методологии, не в состоянии критически мыслить над такими вопросами как: “Какие необходимы доказательства, прежде чем можно прийти к заключению об эффективности данного лечения?”, “Почему существует такое множество теорий личности и причин возникновения психических расстройств?” и тому подобное. Такое положение вещей не оказывает благоприятного воздействия на способность молодых врачей критически оценивать научную литературу, а также принимать участие в высококачественных оригинальных исследованиях.

### ЭВОЛЮЦИОННАЯ ПСИХИАТРИЯ

Традиционно, причины психических заболеваний и психопатологических симптомов и синдромов рассматриваются как результат многочисленных факторов: нарушения развития в пренатальном периоде, негативные факторы в младенческом, детском и подростковом возрасте. На нейробиологическом уровне, это, например, нарушение функционирования нервных связей, генетическая предрасположенность или дисбаланс нейротрансмиттеров. Несомненно, что исследования в таких областях знаний как психология развития, генетика, молекулярная биология и многих других смежных дисциплинах улучшили наше понимание причин и механизмов развития психических расстройств. К сожалению, одного знания механизмов индивидуального развития, биохимии трансммиттеров или молекулярного уровня функционирования мозга недостаточно для полного понимания патологии когнитивно-эмоционально-поведенческих систем.

Николас Тинберген (4), один из выдающихся эволюционистов прошлого столетия, назвал эти механизмы проксимальными. Однако, для полного понимания поведения биологического вида необходимо также и знание дистальных (эволюционных) механизмов, чем и занимается в последние три десятилетия новое направление в психологии — эволюционная психология (5). Идея использования эволюционной теории

вполне логична: эта теория является основной научной теорией в биологии, объясняющей происхождение и развитие видов, включая *homo sapiens*. Люди, так же как и другие биологические виды, — явились результатом длительного процесса естественного и полового отбора. Мыслительные способности человека — продукт деятельности мозга. Мозг, так же как и другие органы человеческого тела — результат длительного процесса эволюции. (6). Таким образом, основная идея эволюционной психологии в том, что эволюционный процесс сформировал человеческое поведение, эмоции и мыслительный процесс точно так же, как и анатомию и физиологию человеческого тела.

Эволюционный подход позволяет ученым ответить не только на проксимальные вопросы (например, наличие определенных корреляций между поведением и деятельностью нейротрансмиттеров), но и взглянуть в истоки такого поведения и ответить на вопрос о его происхождении. Такой подход радикально отличается от традиционных, главным образом, недоказанных психологических теорий, тем, что основан на солидной научной базе, являющейся основой всех биологических наук. Эволюционная теория позволяет выдвигать гипотезы и подвергать их эмпирическим тестированиям, чем как раз активно занимается эволюционная психология. Интерес к эволюционной теории в последнее время расширяется и в других социальных и гуманитарных науках, занимающихся исследованием человеческой деятельности. (7).

В психиатрии эволюционный подход пока находится в младенческом состоянии. Тем не менее, за последние 20 лет в литературе накопилось достаточно научной информации об истоках психопатологии. Результатом таких исследований явилась публикация первого в своем роде учебника эволюционной психиатрии, где Мартин Брюне, немецкий профессор психиатрии, обсуждает основные принципы эволюционной теории, эволюционной психологии, генетики, а также суммирует данные исследований эволюционных истоков психических заболеваний (4). Отдельные главы посвящены таким аспектам как судебная психиатрия, суицидальное поведение и психотерапия. Д-р Брюне придает особое значение важности анализа социального функционирования человеческого мозга на всех уровнях, зачастую профанизированного популярными теориями прошлого и нынешнего столетий.

Эволюционная парадигма является по настоящему био-психо-социальной, так как не только позволяет определить проксимальные причины поведения, объясняющие структуру или функцию в индивидуальном организме, но также ответить на вопрос о том, почему эти функции и структуры существуют в организме.

В заключение можно сказать, что одной из главных проблем в современной психиатрии является отсутствие единой мета-теории. Перспективным в этом направлении может оказаться эволюционный подход, позволяющий объединить проксимальные и дистальные механизмы развития психических расстройств, улучшив наше понимание истоков развития психопатологии, а значит и открыв новые перспективы развития более эффективных терапевтических методик, как биологических, так и психо-социальных. Дополнительной проблемой, требующей неотложного вмешательства, является пересмотр высшего медицинского образования с включением курсов по критическому мышлению и научной методологии, что, в свою очередь, воспитает новое поколение врачей, как прак-

тиков, так и исследователей, способных отличать научные методы познания от псевдонаучных.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Paris J.* Prescriptions for the Mind: A Critical View of Contemporary Psychiatry. Oxford University Press. (2008).
2. *Dawes R. M.* House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth. The Free Press. (1994).
3. Science and Pseudoscience in Clinical Psychology. (2003). Edited by Scott O. Lilienfeld, Steven Jay Lynn, Jeffrey M. Lohr. The Guilford Press.
4. *Brune M.* Textbook of Evolutionary Psychiatry: The Origins of Psychopathology. Oxford University Press. (2008).
5. Centre for Evolutionary Psychology, University of California, Santa Barbara. <http://www.psych.ucsb.edu/research/cep/>.
6. *Abel R. T.* "Psychiatry and Darwinism: Time to Reconsider?", The British Journal of Psychiatry, July; 177: 1 – 3. (2000).
7. Human Behavior and Evolution Society. <http://hbes.com/>.

**Региональный конгресс  
Всемирной психиатрической ассоциации**

*21 – 23 января 2010 г., Дака, Бангладеш*

**E-mail: [bap@agni.com](mailto:bap@agni.com)**

**“Psicohabana 2010”**

**Секция WPA по классификации, диагностическим оценкам  
и психиатрической номенклатуре**

*5 – 9 апреля 2010 г., Гавана, Куба*

**E-mail: [hph@informed.sld.cu](mailto:hph@informed.sld.cu)**

# Наукометрический анализ тезисов XIII и XIV съездов психиатров России: суицидология

А. А. Ивушкин и А. В. Немцов<sup>1</sup>

*Ключевые слова:* суициды, суицидология, наукометрия.

## ВВЕДЕНИЕ

Объем научных публикаций в современном мире настолько велик, что проблематичным представляется оценка состояния науки, даже в рамках какой-либо узкой специальности. Работы в смежных научных областях тем более не входят в исследовательский обиход. Однако, общий анализ научного продукта необходим, чтобы получить объективное представление о состоянии науки, путях ее развития и доминирующих направлениях и, в конечном итоге, для оптимизации научного процесса.

Сначала за рубежом [7], а позже и в нашей стране [3, 6, 8] начали появляться наукометрические исследования психиатрии, сначала ее математического обеспечения, как показателя становления науки. В этом отношении выводы применительно к западной и особенно отечественной психиатрии были малоутешительными. Позже появились статьи о качественной стороне отдельных научных публикаций в российской психиатрии [4, 5]. Теперь появилась возможность оценить содержание большого массива научных публикаций в виде тезисов XIII и XIV съездов психиатров России [1, 2].

Тезисы представляют собой краткое изложение научной работы. Они отражают цели и методики исследования, а также полученные результаты. Тезисы, которые по сути дела являются кратким конспектом, не могут отразить всю полноту научной работы. Однако они представляют собой материал, сформированный практически без отбора. Невыборочность тезисов, опубликованных одновременно, дает возможность выявить круг научных интересов, уяснить методологические тенденции, то есть позволяет в некотором приближении охарактеризовать состояние науки в определенный момент. Сравнивая массивы тезисов, опубликованные с разрывом в несколько лет, можно проследить развитие научного процесса. Кроме того, объектом наукометрического анализа является также динамика научных интересов, выражающаяся либо в стабильной разработке неизменной тематической сферы, либо в переходе от одних тем к другим, работа в рамках одной методологической модели, или переход к новым моделям организации исследования.

Наконец, для наукометрии важна стилистика написания тезисов.

Для анализа избран наукометрический метод, который к настоящему времени уже хорошо разработан: первые книги по наукометрии на русском языке появились в 1966 и 1969 гг. [9, 10]. Наукометрия располагает методами количественного анализа качественной (экспертное шкалирование), так и тематической стороны научной продукции. При оценке тезисов двух съездов основной упор был сделан на количественном анализе тематики, ее преемственности и развитии за 5 лет. Качественная сторона тезисов оценивалась на основе качественного анализа. Благодаря пятилетнему перерыву между съездами, сравнение тезисов двух съездов дает материал для оценки развития науки.

Материалы XIII и XIV съезда содержат 917 и 1027 тезисов, сгруппированных в 14 тематических разделов. Настоящая статья описывает тезисы, опубликованные в разделе “Суицидология”.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение количественных и качественных характеристик научной деятельности российских исследователей в области суицидологии в 2000 и 2005 годах.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для анализа служили тезисы, опубликованные в разделах “Суицидология” трудов XIII и XIV съездов психиатров России, содержащих 27 и 36 тезисов соответственно (всего 63).

Сравнение проводилось по 1) общему количеству тезисов, 2) их тематическому содержанию на основе слов-дескрипторов, 3) учреждениям, представившим тезисы, 4) географическому распределению представленных работ. Там, где было возможно, диагнозы фиксировались в согласии с МКБ-10.

В каждом тезисе выделялся спектр операциональных понятий (ключевых слов, дескрипторов), значимых для сути исследования. Анализ простых смысловых единиц позволил нивелировать или уменьшить субъективизм оценок. Например, в тексте одного из тезисов про “эпидемиологический анализ суицидов” выделялись следующие слова-дескрипторы: “эпидемиологический анализ”, “самоубийство”, “профилактика суицидов”, “мужчины”, “женщины” и “алкого-

<sup>1</sup> Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава.

**Таблица 1.** Распределение основных тем разделов “Суицидология” двух съездов психиатров России.

Темы	XIII съезд	XIV съезд	p ≤
Психические состояния	11	6	
Социальные факторы	8	8	
Патопсихологические явления	14	13	
Суицид как феномен	73	70	
Психологические феномены (у суицидентов и родствен.)	15	6	
Психиатрические диагнозы у суицидентов	48	37	
Статистические методы	6	17	0,05
Тесты, шкалы, опросники, структурированные интервью	3	18	0,05
Дизайн исследований	4	7	
Исследуемые контингенты групп риска и суицидентов	43	27	
Организация суицидологической службы	13	17	
Разное	16	30	

льное опьянение”, “самоповешение” и “падение с высоты”. В результате такого анализа было выделено огромное количество слов-дескрипторов, которые в дальнейшем сгруппированы в обобщенные рубрики.

Для сравнения характеристики данного раздела сопоставлялись с аналогичными показателями других разделов тех же съездов: “Биологическая терапия психических расстройств”, “Проблемы организационной и социальной психиатрии”, “Стрессовые расстройства”, “Наркологическая помощь” и “Судебная психиатрия”.

Различие показателей двух съездов оценивали на основе сравнения выборочных долей вариант по Р. Фишеру.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

По сравнению с XIII съездом в материалах XIV несколько увеличилось количество тезисов (на 33 %). В отличие от этого количество ключевых слов практически не изменилось. Соответственно уменьшилось среднее количество тем на один тезис (таблица 4). В главах двух съездов подавляющее большинство тем (68 %) встречается лишь единожды, редкие вопросы упоминаются дважды (13 %; 19 % — три и более раз).

В тезисах XIV съезда фигурирует несколько меньшее количество психологических и психопатологических феноменов (таблица 1), также как и количество психиатрических диагнозов. При этом какой-либо доминирующий диагноз отсутствует, а диагноз по МКБ-10 указан только в одном из 63 тезисов.

В материалах двух съездов только один текст полностью посвящен проблеме организации суицидологической службы (XIV съезд), хотя отдельные вопросы организации упоминаются и в других тезисах.

В материалах XIV съезда много больше внимания уделяется организации и методологии научных исследований в суицидологии (таблица 1).

За 5 лет значительно увеличился инструментарий доказательных исследований. Существенно увеличилось количество применяемых стандартизированных шкал, структурированных интервью, опросников и тестов. После единственного упоминания статистического метода в XIII съезде, материалы XIV съезда в 6 тезисах содержат 14 указаний на применение статистических методов анализа.

К сожалению, не все тезисы содержат указания на учреждение и город, в которых проводились исследования. В тех тезисах, где эта информация имеется, XIII и XIV съезды представлены 10-ю и 24-мя научно-исследовательскими учреждениями соответственно. Ряд тезисов XIV съезда представлен учреждениями практического здравоохранения. Безусловный лидер по количеству представленных работ — Московский НИИ психиатрии. В 2000 г. тезисы были представлены из 14 городов, а в 2005 г. — из 13. По количеству работ лидирует Москва. В материалах XIV съезда представлены тезисы нескольких исследователей из ближнего зарубежья.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ раздела “Суицидология” двух психиатрических съездов показал, что за пять лет увеличение количества исследований было незначительным. Это означает, что исследовательская активность в области суицидологии практически не изменилась, хотя и до того была очень низкой в сравнении с другими разделами психиатрии (таблица 4). При этом тематика научных работ остается очень разноплановой, хотя к 2005 г. несколько упорядочилась: при небольшом увеличении количества тезисов тематическое разнообразие уменьшилось, т.е. со временем произошла некоторое увеличение концентрации внимания исследователей на отдельных темах. Увеличилось количество учреждений, предоставивших тезисы, в том числе за счет организаций практического здравоохранения (табл. 2). Расширилась российская география представленных работ. Кроме того, в материалах XIV съезда присутствуют тезисы из стран ближнего зарубежья (табл. 3)

Значительную часть тезисов по суицидологии составляют эпидемиологические сообщения. Статьи такого рода содержат официальную статистику отдельных регионов за определенное время. При этом обязательно указывается на неполноту официальной статистики в предположении, что истинное количество суицидов и суицидальных попыток превышает за-



**Таблица 2.** Распределение учреждений, из которых представлено 2 и более тезисов для разделов “Суицидология” двух съездов психиатров России.

Учреждения	XIII съезд	XIV съезд
ГНУ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского	–	2
Московский НИИ психиатрии	8	8
НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского	2	–
Ростовский психоневрологический диспансер	–	2
Смоленская государственная медицинская академия	–	2
Тюменская государственная медицинская академия	2	–
Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии	1	2
Чувашский государственный университет	–	3

регистрированное. Примечательно, что авторы, критикуя официальную статистику за ее недостоверность, даже не пытаются выработать метод для более точной оценки. Более того, они делают различные выводы о суицидальном поведении в популяции на основании только тех данных, которым сами не доверяют.

Немногие доказательные работы по изучению суицидального поведения на уровне популяции появляются только в статьях XIV съезда: отличительные признаки таких работ — четкий выбор контингента для исследования и применение стандартизированных методик, таких как структурированные интервью, психометрический шкалы, вопросники. Доказательное изучение внутренней картины суицида было редким в работах XIII съезда, в исследованиях XIV съезда связанные с суицидом психологические феномены присутствуют еще реже.

Часть тезисов посвящена теоретическим аспектам суицидологии: психологическим, психопатологическим, философским. Качество таких работ весьма низкое. Так одна статья исходит из теоретической “модели”, которая выражена всего одной фразой такого содержания: “большинству суицидальных действий предшествуют процессы различной длительности с индивидуальной динамикой” (присутствует ссылка на первоисточник). В другой работе сообщается, что у самоубийства могут быть самые разные причины, следующими словами: “Существующие теоретические концепции аутоагрессивного поведения (АП) преимущественно отражают взаимосвязь мультифакториальной этиологической основы аутоагрессивной активности и различных характеристик АП как результирующего феноменологического эффекта суицидогенеза”. Весь текст выдержан в том же стиле.

**Таблица 3.** Распределение городов, из которых представлено 2 и более тезисов для разделов “Суицидология” двух съездов психиатров России.

Город	XIII	XIV
Казань	2	1
Киев	1	2
Минск	3	–
Москва	10	15
Ростов-на-Дону	–	4
Смоленск	1	2
Тюмень	2	–
Чебоксары	–	4

Диагнозы психических расстройств используются авторами в качестве необязательных риторических пассажей. Естественно, что при таком подходе ссылки на МКБ-10 не обязательны (в материалах двух съездов только одна статья содержит код из МКБ-10). При этом многие авторы декларируют, что суицид возможен только как проявление психического расстройства.

Статистические методы анализа стали применяться чаще в материалах XIV по сравнению с XIII (14 vs. 1).

Вопросы организации суицидологической службы представлены крайне слабо; они упоминаются всего в нескольких тезисах, и только одна работа полностью посвящена этой проблеме (XIV съезд). В этой единственной работе автор декларирует, что в стране суицидологическая служба отсутствует.

Сравнение раздела “Суицидология” с другими главами материалов съездов показывает, что в этом разделе тематическая разноплановость одна из самых больших. Казалось бы, это может свидетельствовать о широте научных интересов исследователей. Однако в главах двух съездов подавляющее большинство тем (68 %) встречается лишь единожды, редкие вопросы упоминаются дважды (13 %). По доле разовых тем к “Суицидологи” приближается глава по наркологии. Отличие раздела “Суицидология” от глав сравнения свидетельствует об отсутствии серьезных и больших научных проблем, на которых были бы сосредоточены российские суицидологи.

Сравнение раздела “Суицидология” с другими главами материалов съездов показывает также, что в этом разделе преемственность невелика: большинство тем, фигурировавших в материалах XIII съезда, не имеет продолжения в материалах XIV. Показатель преемственности хуже только в разделе “Стрессовые расстройства”. Однако в этой главе малая преемственность обусловлена сменой доминирующей тематики с “радиационное поражение” на “чрезвычайные ситуации”, то есть объективными явлениями. Материалы съездов показывают, что в суицидологии 80 %

**Таблица 4.** Количественные показатели раздела “Суицидология” в сравнении с другими разделами “Материалов XIII и XIV съездов психиатров России”.

Название разделов	XIII съезд (2000 г.)					XIV съезд (2005 г.)							Преемственность тем XIII съезда в XIV в %
	Количество тезисов	Количество дескрипторов	Количество дескрипторов на один тезис	Доминирующий дескриптор, %	Онокоордатный дескриптор, %	Тезисы		Дескрипторы		Количество дескрипторов на один тезис	Доминирующий дескриптор, %	Онокоордатный дескриптор, %	
						Количество	Прирост в % к 2000 г.	Количество	Прирост в % к 2000 г.				
Суицидология	27	158	5,9	4,7	45,2	36	+33	163	+3	4,5	3,9	40,1	20
Вопросы классификации и психопатологии	59	560	9,5	2,3	70,8	31	-47**	283	-49	9,1	3,4	68,6	13,9
Наркологическая помощь	164	507	3,1	5,1	42,1	151	-8	347	-32**	2,3	9,7	40,6	21,5
Организационная и социальная психиатрия	95	715	7,5	1,7	51,9	127	+34*	802	12	6,3	1,5	40,9	12,2
Терапия психических расстройств	59	166	2,8	5,1	31,4	74	+25	341	+105	4,6	4,7	19,0	43,4
Стрессовые расстройства	28	34	1,2	17,6	29,7	47	+68*	65	+91,2	1,4	11,7	32,8	9,9
Судебная психиатрия	50	327	6,5	3,3	47,6	57	+14	226	-30,8	4,0	5,3	38,2	21

\* p < 0,05.

\*\* p < 0,01.

исследований не имеют развития и уходят “в никуда”. В связи с этим по тезисам невозможно выделить тенденции и преемственность исследований. Отсутствуют тенденции в изучении психологии суицидального поведения, в профилактике суицидов, профессиональной помощи суицидентам, а также в организационных вопросах.

### ЛИТЕРАТУРА

1. XIII съезд психиатров России. 10 – 13 октября 2000 г. (Материалы съезда) Российское общество психиатров. Москва. 2000.
2. XIV съезд психиатров России. 15 – 18 ноября 2005 г. (Материалы съезда) Российское общество психиатров. Москва. 2005.
3. *Бесчастный А. А., Немцов А. В.* Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Состояние математизации в психиатрии. **90**, № 2, 144 – 146. 1990.
4. *Зорин Н. А., Калинин В. В., Немцов А. В.* Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Методика оценки качества исследовательских публикаций в психиатрии. **101**, № 1, 62 – 66. 2001.
5. *Зорин Н. А., Немцов А. В.* Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Формализованная экспертная оценка качества исследовательских публикаций в психиатрии. **101**, № 2, 64 – 68. 2001.
6. *Немцов А. В., Зорин Н. А.* Социальная и клиническая психиатрия. Математическое обеспечение в психиатрии. **6**, № 4, 94 – 100. 1996.
7. *De Groot M. H., Mezich J. E.* A Celebration of Statistics. Psychiatric statistics. A. C. Atkinson, S. E. Fienberg (Eds). New York. 145 – 165. 1985.
8. *Nemtsov A., Zorin N. A.* Scientometrics. Mathematical methods in psychiatric papers. **42**, № 2, 121 – 128. 1998.
9. *Добров Г. М.* Наука о науке. “Науков думка”. Киев. 1966. 270 стр.
10. *Налимов В. В., Мульченко З. М.* Наукометрия. “Наука”. Москва. 1969. 191 стр.

# Сравнительная характеристика физиологической и патологической акинезии

Д. Н. Сакеллион, У. Х. Алимов, Брянцева Н. Н., Бусаков Б. С.<sup>1</sup>

*Ключевые слова:* гипнотическая и патологическая каталепсия, биоритмы мозга, акинезия.

Феномен каталепсии исследовали как гипнологи, так и психиатры. Имеется большое количество работ о патологической каталепсии, часто называемой в психиатрии “восковой гибкостью”, проявляющейся, в частности, при ступоре кататонической формы шизофрении.

Ступорозная каталепсия изучена достаточно подробно как со стороны симптоматики, так и энцефалографически, однако попытки выявить различия механизмов, лежащих в основе патологической и физиологической каталепсии, не предпринимались. Между тем, это позволило бы оптимизировать показания к применению гипноза (моделируемой каталепсии) как состояния, повышающего адаптогенные свойства мозга.

В нашей работе поставлена цель сравнить сложные системные характеристики электрических процессов мозга и внешние проявления акинезии у больных шизофренией и здоровых лиц в состоянии гипнотической каталепсии.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование каталепсии в гипнозе выполнено на 35 здоровых добровольцах в возрасте 18 – 38 лет. Нами обследована также больная М. М., 1983 г., 24 лет с диагнозом: шубообразная шизофрения в стадии кататонического ступора. Больная находилась на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента в течение 3 недель.

Собирали неврологический и системный анамнез. Определяли психический статус добровольцев, особенности их характера, адекватность самооценки. Тестировали степень внушаемости и гипнабельности. Использовали авторскую шкалу оценки гипнотической каталепсии по выраженности симптоматики этого феномена. Степень каталепсии определяли по срокам ее достижения, восприятию времени и окружающего пространства, постгипнотической амнезии и депривационным феноменам различных модальностей, в частности, по феномену анальгезии. Проводили мануальное исследование мышечного тонуса верхних конечностей и шеи испытуемого, визуально от-

слеживали чистоту удерживания конечности в приданном им положении, выявляли симптом “зубчатого колеса”.

ЭЭГ-обследование выполняли с помощью 8-канального электроэнцефалографа “Нейрон-Спектр-3”, а в случае с больной шизофренией — 16-канального “Нейро-КМ” при установке активных электродов по системе (10/20) монополярных стандартных отведений: лобных, центральных, височных и затылочных. Референтные электроды располагались на мочках ушей. Для каждого из отведений в левом и правом полушариях оценивали спектральную мощность, амплитудно-частотную характеристику и индекс ЭЭГ-ритмов в пределах 0,5 – 32 Гц. Продолжительность регистрации ЭЭГ составляла 30 сек. Программное обеспечение электроэнцефалографа при обследовании здоровых испытуемых позволяло оценивать функциональные пробы, включающие фоновую, моторную и каталепсию, с помощью которых изучали акинетический феномен [14].

Большую шизофренией обследовали, используя только фоновую пробу в состоянии бодрствования (положение сидя), в связи с невозможностью контакта.

Параметры коэффициента межполушарной асимметрии (КМПА) мозговой активности рассчитывали для основных кинестетических проб, объективизирующих состояние феномена [1].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Мы обращали внимание на связь психомоторики и индивидуальности испытуемых, проявляющуюся в особенностях позы, пантомимике, мимике, движениях глаз, тонких движениях рук и пальцев, выполняемых невольно или намеренно. Нас особенно интересовали кинестетические явления.

При введении в гипноз здоровых добровольцев каталепсия выражалась длительным сохранением отдельными частями тела (голова, руки, ноги) приданного им положения, развиваясь постепенно и распространяясь последовательно от мышц шеи и верхних конечностей на мышцы нижних.

При каталепсии отмечалось сужение зрачков, отсутствовали волнообразные движения глазных яблок, типичные для кататонии, глазодвигательные рефлексы без особенностей, нет нистагма, зрачкового рефлекса, саккад, мигания. Мимика сглажена, нет реакции зрачков на боль. Наши результаты в плане исчез-

<sup>1</sup> Клиника “Evgenidio”, Афины, Греция; Ташкентский Институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Городская клиническая психиатрическая больница (ГКПБ), Ташкент.

новения рефлекса мигания совпадают с данными Куделина А. С. и Герашенко А. В. (2003) [7].

На ЭЭГ суммарная электрическая активность мозга при каталепсии достоверно изменялась: ритмы  $\alpha$ - и  $\beta$ -диапазона подавлялись, а  $\delta$ - и  $\theta$ -ритмы — усиливались. Выраженные изменения  $\theta$ -ритмов отмечены в лобно-височных и  $\delta$ -ритмов в лобно-затылочных отведениях обоих полушарий. Полученные у здоровых лиц данные мы сравнили с результатами обследования больной шизофренией в состоянии кататонического ступора.

**Обследование больной:** психически изменилась в 19 лет, через 5–6 мес. после родов. Получала лечение нейролептическими и антихолинергическими препаратами. При обследовании: кататонический ступор, восковая ригидность, каталептический симптом.

**Невростатус:** патология со стороны черепно-мозговых нервов отсутствует. Парезов и параличей нет. Активная реакция зрачков на болевые раздражения. При открытых глазах их произвольные движения отсутствуют. Восковая гибкость пропадает во время сна и вновь появляется после пробуждения, сразу же после открытия глаз. Зрачки широкие, D=S, фотореакция вялая. Постоянное ритмичное мигание век. Сухожильные рефлексы D=S, значительно оживлены. Мышцы в гипертонусе. Симптом “хоботка” положительный, симптом “зубчатого колеса” положительный. Координационные пробы не выполняет, т.к. не контактна.

**Психика:** в контакт не вступает, лицо амимичное. Стоит в одной позе, взгляд застывший. Восковидная каталепсия. Удерживает приданное извне положение конечностей, но моделирование позы затруднено. Молчит. Негативистична, при попытке сдвинуть ее с места активно сопротивляется.

**ЭЭГ-обследование** от 27.04.2009. На фоне фармакотерапии диагностирован десинхронный тип ЭЭГ, снижение корковой активности, локальной-пароксизмальной патологической активности не выявлено.

При повторной госпитализации 04.05.09 ЭЭГ до начала терапии изучали единственно возможную в данной ситуации фоновую пробу. Обнаружены: низкоамплитудная дезорганизованная активность, доминирует  $\beta$ -ритм,  $\alpha$ -ритм немодулированный, слабовыраженный.  $\theta$ -ритм представлен одиночными трехфазными и полифазными всплесками с преобладанием в отведениях левого полушария. Артефакты от напряжения мышц скальпа, мигательных движений глазных яблок в лобных отведениях. Замедление мозговой активности в лобной и передне-височной области левого полушария.

Проявления акинезии у здоровых лиц и больной, несмотря на определенное сходство, имеют некоторые различия:

1. У больной в ступоре длительное время сохраняется приданное ей положение конечностей. В гип-

нозе моделирование позы происходит легче, но время удержания конечностей короче.

2. В ступоре увеличиваются базовые рефлекс и тонус мышц вплоть до паралича. В гипнозе снижены сухожильные рефлексы, ослаблена кожно-тактильная чувствительность, вплоть до анальгезии.

3. В ступоре сочетается акинезия лица с парциальными гиперкинезами, наблюдаются резкие горизонтальные и вертикальные морщины лба и флуктуирующие гримасы, активная реакция зрачков на болевые раздражения, в гипнозе лицо спокойно, в глубокой стадии реакции зрачков на боль нет.

4. В ступоре глаза открыты, увеличена скорость мигания и саккад.

Полученная характеристика ступорозного состояния согласуется с данными Р. Кромера [5]. Наблюдаемые нами саккады, по сведениям Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж. [4], регистрируются только у 8 % здорового населения и у 40 % родственников больных шизофренией первой степени родства и могут служить нейрофизиологическим маркером предрасположенности к шизофрении.

В гипнозе глаза в большинстве случаев закрыты, отсутствуют волнообразные движения глазных яблок, нет глазодвигательных рефлексов: нистагма, зрачкового рефлекса, саккад, мигания, и только при сомнамбулизме гипнотик открывает глаза, не выходя из гипнотического транса.

5. В ступоре наблюдаются широкие зрачки, что соответствует данным Тинсли Р. Харрисон (2002) [10], в гипнозе зрачки сужаются, что отмечает и Кронфельд А. [6].

6. Восковая гибкость у кататоников самостоятельно пропадает во время сна и вновь появляется после пробуждения. Каталепсия у них начинается сразу же после открытия глаз, что отмечает также и Виноградов Н. В. и соавт. [2]. В гипнозе каталепсия является управляемой.

**Анализ ЭЭГ-параметров** показал следующее:

1. При гипнотической каталепсии наблюдается подавление высокочастотных (ВЧ) ритмов мозга  $\alpha$ - и  $\beta$ -диапазона и усиление низкочастотных (НЧ)  $\delta$ - и  $\theta$ -ритмов. Наиболее ранее угнетение  $\alpha$ - и  $\beta$ -ритма в гипнозе и возникновение медленных  $\theta$ -волн происходит в лобной области мозга; иррадиация указанных изменений в коре совершается постепенно в затылочном направлении. В ступоре  $\theta$ -активность в затылочных отведениях практически не наблюдается.

2. В ступоре доминирует  $\beta$ -ритмовая активность,  $\delta$ -ритм полностью отсутствует, а  $\theta$ -ритм дезорганизован и одиночными импульсами представлен только в левом полушарии лобных и височных отведений. В гипнотической каталепсии  $\beta$ -ритм практически исчезает,  $\delta$ -ритм генерализован по всем отведениям, преимущественно в левом полушарии, а  $\theta$ -ритм в височ-

ных отведениях активно проявляется по отношению к моторной и фоновой пробам.

3. В гипнотической катаlepsии нами отмечено левополушарное лобное преимущество НЧ активности, что отличает это состояние от ступора при шизофрении, когда выявляется гипофункция фронтальных левых долей, что отмечено и Зенковым Л. Р. [3].

4. При гипнотической катаlepsии межполушарная асимметрия управляема и с положительным знаком коррелирует с глубиной гипноза. В ступоре асимметрия спонтанна, ее возникновение по показателям, например, спектральной мощности  $\alpha$ -ритма, как утверждают Стрелец В. Б. и соавт. [9], является негативным признаком и уменьшается с улучшением клинического состояния, что отмечено Меграбян А. А., Арутюнян Р. К. [8].

Выявленные нами особенности ритмической активности мозга позволяют убедительно доказать преобладание ВЧ составляющих спектра ЭЭГ в ступоре при шизофрении, о чем свидетельствуют и данные Koella W. P. [12], в отличие от установленных нами НЧ ритмов коры при гипнотической акинезии [14]. Установленное нами преобладание левополушарной лобной НЧ активности в состоянии катаlepsии описано и другими гипнологами [13] в исследовании здоровых испытуемых.

#### ВЫВОДЫ:

1. Гипнотическая катаlepsия может рассматриваться как модель акинезии (кинестетической депривации) с генерализованным дезафферентирующим воздействием на сенсомоторную функции мозга. Блокада кинестетических афферентных проекций может быть представлена как физиологический коррелят активного отказа от двигательной активности. “Закрывающая” сенсорные входы, связывающие его с внешней средой, испытуемый “отгораживается” от реальной для него ситуации, переходя в состояние полной неподвижности.

2. Проявления гипнотической катаlepsии по многим признакам отличны от патологической ступорозной акинезии, а ЭЭГ-корреляты патологической катаlepsии отличаются от акинезии в гипнозе.

3. При шизофрении наблюдается диссоциация между перевозбуждением мозговых структур, прояв-

ляющаяся в виде усиления  $\beta$ -активности и выпадения  $\delta$ -ритмов, и отсутствием движений в ступорозном состоянии. В свою очередь при гипнотической акинезии наблюдается положительная нейродинамика процессов восстановления низкочастотных составляющих мозговой активности и соответствующей им психо-моторной поведенческой стабилизации.

Несмотря на элементы симптоматического сходства, эти состояния представляют по сути совершенно противоположную деятельность мозга.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. М.: Медицина. 1988. 240 с.
2. Виноградов Н. В., Головина В. П., Майоров Ф. П., Нарбутovich И. О. Наблюдение над естественным сном у шизофреников-кататоников. Архив биологических наук. Т 36., сер. Б., стр. 165 – 180. 1934.
3. Зенков Л. Р. Клиническая электроэнцефалография. “МЕДпресс-информ”. М. 2002. 368 с.
4. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Том. 1. “Медицина”. М. 1994. 672 с.
5. Кромер Рональд. Патопсихология поведения. “ОЛМА-ПРЕСС”. М. 2002. 604 с.
6. Кронфельд Артур. Гипноз и внушение. Гос. Издат. М.-Л. 1929.
7. Куделин А. С., Геращенко А. В. Гипноз. Практическое руководство. “Феникс”. Ростов-на Дону. 2003. 352 с.
8. Меграбян А. А., Арутюнян Р. К. О клинико-патофизиологических особенностях кататонии. Актуальные проблемы психиатрии. Сосудистые заболевания головного мозга. Шизофрения. Психогигиена и психопрофилактика. 1959. М. С. 238 – 249.
9. Стрелец В. Б., Новотоцкий-Власов В. Ю., Голикова Ж. В. Корковые связи у больных шизофренией с позитивными и негативными симптомами. // Журнал высшей нервной деятельности. 2001. том 51, № 4, С. 452 – 460.
10. Тунсли Р. Харрисон. Внутренние болезни. 14-е издание. “Практика”. М. 2002. Том. 1. 1536 с. Том. 2. 1760 с.
11. Edgette, J. H, & Edgette, J. S. The Handbook of Hypnotic Phenomena in Psychotherapy. Brunner // Mazel Publishers. New York: 1995.
12. Koella W. P. Electroencephalographic Signs of Anxiety / Progr. Neuro-Psychopharmacol, 1981. v. 5. № 2. p. 189 – 192.
13. Jasiukaitis P., Nouriani P., Hugdahi K., Spiegel D. Relateralizing hypnosis: or, have we been barking up the wrong hemisphere? // Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1997. V. 45. № 2. p. 158 – 177.
14. Σακελλίων Δ. Ν. Ψυχοφυσιολογικοί δείκτες που αντικειμενοποιούν την υπνωτική κατάληψη. Περίληψη διδακτορικής διατριβής για την απόκτηση του επιστημονικού τίτλου του διδάκτορα ψυχολογικών επιστημών. Πρακτικά του ΔΟΑΤΑΠ . Αθήνα : 2009 — 35 σελ.

# КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

## Клинический разбор в контексте судебно-психиатрического заключения

О. А. Бухановская, А. О. Бухановский, А. А. Кашин (Ростов-га-Дону)

*ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр “Феникс”» (ЛРНЦ) в Ростове-на-Дону оказывает с 1991 года в полном объеме психиатрическую и наркологическую помощь. Одним из направлений работы центра с самого начала являлась защита лиц, так или иначе попавших в сферу деятельности психиатрии. До 1996 г. центр имел еще и лицензию на судебно-психиатрическую деятельность.*

*ЛРНЦ поручались, как правило, повторные СПЭ по уголовным и гражданским делам в тех случаях, когда заключения экспертов вызвали сомнения у суда или следствия, или по ходатайствам участников гражданских процессов, особенно тогда, когда:*

- *уголовные дела возбуждались по тяжелым и особо тяжелым деяниям, а в государственных экспертных учреждениях, лица, которым инкриминировались эти деяния, признавались страдающими тяжелыми психическими расстройствами, в силу которых они не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими;*

- *заключения СПЭК в гражданских делах опротестовывались участниками процесса.*

*Во многих случаях заключения, выносимые СПЭК ЛРНЦ, диаметрально противоречили заключениям государственных экспертных учреждений, устанавливался диагноз “симуляция”. В подавляющем числе случаев именно заключения ЛРНЦ ложились в основу вынесения судебных решений и приговоров. Нередко это влекло за собой агрессию в отношении ЛРНЦ (разрушения его собственности, поджоги и т.п.), нападения на сотрудников, разрушения их собственности (автомобилей), поджоги жилищ. Только за последние 5 лет по этим фактам возбуждались 8 уголовных дел. К сожалению, ни одно из них не было раскрыто. В других случаях, и тоже часто, недовольная сторона, не получив необходимых ей результатов при кассациях, порой уже после вступления в силу приговоров и решений суда пыталась дискредитировать ЛРНЦ или его заключения путем многочисленных жалоб и заявлений о нарушении ЛРНЦ требований законов, кодексов, о его противозаконной деятельности, требовала отзыва лицензии и официального признания его деятельности незаконной. Эти бумаги направлялись в многочисленные ведомства и инстанции по линии здравоохранения (до Минздрава), Росздравконтроля, суда (вплоть до Верховного), прокуратуры (до Генеральной), МВД, ФСБ и т.п. Многочисленные комиссии, дознания и т.п. ни разу за эти годы ничего непрофессионального или незаконного в деятельности ЛРНЦ, в том числе судебно-психиатрической, не нашли.*

*После принятия Федерального Закона “О государственной судебно-экспертной деятельности” от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ, будучи лишены возможности проводить судебно-психиатрическую деятельность, Центр изменил формы оказания помощи в ситуациях, связанных с судом.*

*Один из случаев нашей практики мы хотим представить на суд психиатров.*

01.10.09 года на амбулаторный прием в центр добровольно обратилась гражданка Ш. 1938 года рождения. Ее сопровождала дочь. Гражданка Ш. проживает совместно с дочкой, зятем и внуком в частном доме, принадлежащем ей по праву собственности в порядке наследования от умершего мужа.

В 2008 году Ш. предложила дочери и сыну принять в дар свое домовладение с условием пожизненного ухода за ней. Сын не проявил инициативы, и она решила передать свое домовладение в дар дочери. В процессе оформления дарственной внучка (дочь сына) заявила иск о признании гражданки Ш. недееспособной. Суд, не поставив в известность ни саму

Ш., ни ее дочь, с которой она проживает, назначил по делу амбулаторную СПЭ. После этого в один из дней внучка (со слов Ш. и ее дочери) обманным путем, под предлогом проведения флюорографии, привезла Ш. в другой город, к “какому-то зданию”. Из здания вышел “какой-то” мужчина (Ш. слепая на оба глаза), который представился врачом и, подсев к ней в машину (у Ш. в результате гангрены ампутирована правая нога на уровне нижней трети бедра), задал несколько вопросов. После этого ее отвезли в город по месту проживания, где сделали флюорограмму. В последующем состоялось судебное заседание (21.01.2009), о котором Ш. не уведомляли и на котором на основании

заключения экспертов суд признал ее недееспособной, а опекуном в последующем была назначена внучка. Следующим был иск о признании недействительной доверенности, выданной Ш. близкому ей человеку на право оформления от ее имени акта дарения. Была назначена амбулаторная СПЭ, которая не смогла решить экспертные вопросы, и Ш. была направлена на стационарную СПЭ, в связи с чем госпитализирована в стационар. Заключение стационарной СПЭ на момент обращения Ш. в ЛРНЦ не было. Гражданка Ш. обратилась с просьбой о тщательном обследовании и ответе на вопрос, страдает ли она каким-либо психическим расстройством, и если да, то каким.

Гражданка Ш. находилась на обследовании в ЛРНЦ “Феникс” с 01.10.2009 по 22.10.2009. Все клиническое и патопсихологическое исследование велось под сплошную видеозапись (полная видеозапись составляет около 10 часов).

**Анамнез:** наследственность психопатологически не отягощена, сестра страдает сахарным диабетом.

Родилась старшим ребенком в семье, детство провела в сельской местности Тюменской области. Воспитывалась родителями. Росла подвижной, активной, общительной девочкой. С детства отличалась трудолюбием, выполняла большой объем домашней работы, ухаживала за сестрами. Детские учреждения не посещала, убегала из них. До 5 лет плохо разговаривала. Отрицает детские страхи. Болела корью без осложнений. Отрицает ЧМТ.

В школу пошла в 7 лет. Училась хорошо. Окончила 4 класса, что подтверждено документами. В 11 лет бросила школу по совету родителей и приступила к работе на ферме, где работала до 19 лет. Работала много, ненормировано, с нагрузками справлялась. Адаптировалась в коллективе легко. Выполняла любую работу с удовольствием, быстро, бодро, “в руках все горело”.

В 19 лет переехала к сестре в Оренбургскую область, где работала 2 года в столовой (посудомойкой, официанткой) цементного завода. Помогала сестре материально.

В 23 года вышла замуж. Имеет 2 детей (сын и дочь). Обе беременности протекали без осложнений, послеродовые периоды протекали благополучно, каких-либо психопатологических симптомов не выявлялось. Муж запоями употреблял спиртное, по поводу чего в семье были конфликты. Однако вне его злоупотреблений отношения в семье были теплыми.

В 26 лет Ш. с семьей переехала по месту жительства матери мужа в один из городов Ростовской области. В последующем около 25 лет работала уборщицей одновременно на двух работах и параллельно, в качестве рабочей помогала мужу строить их дом.

Муж внезапно умер, когда ей было 39 лет. Тяжело пережила утрату (“все застыло в груди”, чувствовала сжатие в области грудной клетки, плач приносил об-

легчение и снимал ощущение сжатия в груди). Ш. отрицает снижение аппетита и ухудшение сна в тот период.

В 41 год повторно вышла замуж. Со вторым мужем прожила 8 лет. Семейная жизнь в ее представлении складывалась удачно — “жили душа в душу”. Однако дочь считает, что второй муж, используя любовь Ш., манипулировал ею — жил в ее доме, бил детей, изменял. Соседка-подружка сообщила ей об этом, за что муж невзлюбил ее и стал говорить Ш., что соседка подсыпает ей что-то в еду. Ш. говорила дочери: “Я этого не видела, но Ваня же сказал”. Сама Ш. на попытку отравления соседкой не жаловалась, украдкой от мужа общалась с ней.

Со слов дочери и самой пациентки до 1985 г. (47 лет) к врачам не обращалась.

Преморбидно: общительна, многоречива, доброжелательна, доверчива, безотказна. В быту простая, трудолюбивая, религиозная, склонна к суевериям. Всегда любила порядок, чистоту. Нравилось писать письма сестрам. Письма всегда были большие по объему и с большим количеством грамматических ошибок (малограмотная). В 48 лет установлен диагноз “сахарный диабет”, а также, начались обильные маточные кровотечения.

В ноябре 1985 г. (47 лет) сыграла свадьбу дочери. На следующий день после свадьбы неожиданно без объяснений муж пациентки покинул семью. Ш. плакала, не могла понять причины расставания. Затем стала молчаливой, задумчивой. Настроение было подавленным. Беспокоила нехватка сил, быстрая утомляемость. Дочь знает со слов матери, что Ш. неоднократно сожгла свои старые вещи, о чем потом жалела. Сама Ш. рассказывает, что в тот период ей что-то “казалось”, хотя “ничего постороннего не видела, не слышала”, “как будто в доме был испуг”, “как будто кто-то разговаривает со мной, а я вроде одна дома”. “Голос” шел как будто из-за спины. Тихо, шепотом разговаривал “голос”. “Вокруг посмотрю, а никого нет”. “Голос” советовал взять квартирантов. “Голос-шепот” поддерживал ее, “они меня спасали”, но не командовали. В связи с мыслями о порче пригласила в дом священника, после чего ей стало несколько лучше. Такое состояние длилось около полугода.

Весной 1986 г. самостоятельно обратилась к психиатру за медицинской помощью и была госпитализирована в областную психиатрическую больницу. Складывается впечатление, что проводилась инсулинокоматозная терапия (в течение месяца по утрам: “делалась какая-то инъекция, потом давали сахарный сироп”). На лечении нормализовалось настроение, исчез “шепот” (все известно со слов Ш. и ее дочери, так как медицинская документация уничтожена давним пожаром в больнице). В последующем чувствовала себя здоровой. Дочь считает, что Ш. вернулась к доблезненному состоянию. Приступила к работе, с

которой справлялась. Ухаживала за внуком. Лекарства принимала нерегулярно около одного года.

Через год (весной 1987 г.) самочувствие Ш. неожиданно, беспричинно изменилось. Развилась повышенная бодрость, активность, общительность. Настроение стало необычайно хорошим, “была на высоте” (“пришла на работу нарядная, в праздничном расшитом платье, причесанная”). Отрицает наличие в тот период идей воздействия, преследования, отравления, слуховых галлюцинаций. В день госпитализации выпила 3 стакана кофе. Сотрудники заметили “что-то неладное”, и по их совету сама обратилась и была госпитализирована в психбольницу. Лечилась 1.5 месяца какими-то таблетками (мед. документация пропала). Выписалась “полностью здоровой”. Дочь узнала о госпитализации Ш. от брата. После этого в течение трех лет чувствовала себя хорошо, вела домашнее хозяйство. Весной 1990 года (52 года) состояние вновь ухудшилось: снизились энергия, работоспособность, ощутила общее недомогание (“не могла работать, мыть полы”). Повторно обратилась к психиатру и госпитализировалась в ту же больницу, где находилась с 30.03.1990 по 12.07.1990. Согласно полученной мед. документации, ей был установлен диагноз “инволюционная депрессия” (F06.32). Принимала “таблетки”, из-за которых иногда сводило пальцы рук, в этих случаях принимала циклодол. С целью социальной помощи лечащий врач предложил ей оформить группу инвалидности, для чего госпитализацию следовало продлить до 4 месяцев. Вначале Ш. отказывалась от этого, но потом дала согласие, так как поняла, что в последующем ей будут предоставлены льготы. Была оформлена 2 группа инвалидности. Из справки № 1431 ФГУ “Главное бюро МСЭ по РО” от 28.11.08. известно, что Ш. является инвалидом 2 группы по общему заболеванию, бессрочно, с диагнозом: “инволюционный психоз, стойкий депрессивно-параноидный синдром”.

После госпитализации к психиатру не обращалась и больше в психиатрические больницы не госпитализировалась.

С 1990 г. вела домашнее хозяйство, работала на огороде, занималась воспитанием внуков. Оказывала физическую и материальную помощь семье сына. В течение 4 лет состояла в гражданском браке, прерванном в связи со смертью мужа.

С 1992 г. семья дочери по согласованию с братом живет в доме Ш. В марте 1996 г. вместе с племянником из Сибири поехала в гости к матери. Она не предупредила своего психиатра об отъезде, не обратилась с просьбой о передаче амбулаторной истории болезни в другой город, поскольку планировала погостить лишь несколько месяцев. Однако прожила у матери 3,5 года. Вместе с сестрой ходила в лес, собирала ягоды, грибы и продавала их на базаре. Самостоятельно переоформила пенсию на новое место жительства. Ухаживала за матерью, вела домашнее хозяйство, об-

щивалась с сестрами и их семьями, помогала им по хозяйству. Настроение оставалось хорошим, ровным, сохранялась активность. За указанный период к психиатрам не обращалась, не госпитализировалась в психбольницу (со слов сестры пациентки и двух племянников из Сибири). Из ответа на запрос, полученный ЛРНЦ (№ 1661 от 16.10.2009) из Тюменской областной клинической психиатрической больницы следует, что Ш. “за медицинской помощью не обращалась и на лечении не находилась”. Осуществляла только лечение сахарного диабета (манинил). Часто писала дочери объемные письма, которые даже не помещались в конверте. Письма изобиловали большим количеством грамматических ошибок. Писала их с излишней детализацией, подробно описывала все события. При этом одно предложение занимало большое количество строк. В письмах всегда проявляла интерес к жизни семьи дочери.

Узнав, что зять служит в Чечне, вернулась в свой дом (октябрь 1999) с целью оказания помощи дочери. Вновь самостоятельно переоформила пенсию.

В ноябре 1999 г. умер деверь, а в январе 2000 г. — мать. Имела место реакция утраты, вскоре завершившаяся. К психиатру не обращалась, помогала дочери по хозяйству, занималась внуками, готовила, работала на огороде, торговала зеленью на базаре.

В ноябре 2006 после обморожения развилась гангрена правой ноги. 5 апреля 2007 была ампутирована правая нога до уровня нижней трети правого бедра. Диагноз: “Диабетическая ангиопатия сосудов н/конечности, смешанная форма с преобладанием атеросклероза. Влажная гангрена правой н/конечности на уровне стопы и голени. Сопутствующее заболевание: “гипертоническая болезнь, 2 стадия, ИБС, стенокардия напряжения 2 ст.”. Послеоперационный период прошел успешно, каких-либо нарушений поведения, неадекватных высказываний не было. После операции отрицает подавленность, тоску, суицидальные мысли, хотя плакала по поводу потери ноги. Семья дочери во всем помогала, испытывала к ним благодарность. По наблюдениям дочери, после операции стала говорить еще больше, чем преморбидно, “очень много”, а с момента слепоты (лето 2009) — говорит много, с еще большей обстоятельностью и обязательно с акцентом на цветовую гамму предметов.

Из предоставленной амбулаторной истории болезни, начиная с 23.04.07 по 6.10.08, известно о регулярных осмотрах эндокринологом, терапевтом. В записях врачей, в том числе ВК за 18.03.08. и 23.06.08, зафиксированы жалобы на “слабость, утомляемость, головные боли, головокружение, сухость во рту, учащенное мочеиспускание”. При объективном осмотре нет ни одного упоминания о неадекватном поведении, нелепых высказываниях, странностях пациентки, нарушениях памяти.

Уже находясь дома, до лета 2009 г. помогала дочери по хозяйству, пересаживаясь на стул и моя посуду.



Также помогала в приготовлении еды. С лета 2009 г. после полной потери зрения устно контролирует чистоту в доме и огороде и т.п.

До осени 2007 г. отношения между пациенткой и внучкой складывались нормально. Внучка регулярно навещала пациентку, помогала.

После проведенной операции (весна 2007) оформила на внучку доверенность-расписку на получение пенсии.

Со слов Ш., подтвержденных ее дочерью, известно, что в случайном разговоре их знакомый рассказал о трудностях, возникших при оформлении права собственности на дом недавно умершего отца. После этого Ш. впервые заговорила об оформлении дарственной на дом в пользу дочери. Попросила дочь приступить к оформлению документов. Через некоторое время обсудила свое желание с сыном, который не возражал против оформления дарственной на его сестру. В этот же период (осень 2007) внучка впервые предложила Ш. оформить 1 группу инвалидности, от чего та категорически отказалась, решив, что инвалидность ей могут оформить по психическому заболеванию. Основанием для этого стал опыт опекунов внучкой над психически больной матерью (не дает ей деньги, тратит ее пенсию, часто госпитализирует в психиатрическую больницу по собственному решению, после чего невестка неделями живет в доме Ш.). Ш. знает, что муж внучки бьет ее сына. Со слов Ш. и ее дочери, муж внучки при телефонном разговоре неоднократно угрожал Ш. госпитализацией в психиатрическую больницу: “сумасшедшим место в психушке”. Поэтому с этого времени, оставаясь одна, просила закрывать ее на замок, объясняя страхом перед мужем внучки, отказывалась есть продукты, принесенные внучкой. После однократно возникших болей в животе и нагноения глаза предположила о причастности к этому внучки (“они начали яму рыть, что от них ожидать?”, “она же знает таблетки матери, и может их подсыпать в еду”). Однако стойкой убежденности в попытках отравления со стороны внучки не было (“не пойман — не вор”).

21 мая 2008 по собственной инициативе оформила доверенность на имя близкого ей человека, которой поручала оформить от ее имени договор дарения дочери принадлежащего ей домовладения. Объясняет это тем, что “понимала, что я — больной человек” и тем, что дочь ухаживала за ней, ремонтировала дом, создавала уют, помогала матери. К тому же ее зрение стало ухудшаться. Ускорило подписание доверенности то, что внучка и ее муж стали обижать дочь Ш. и зятя: “ругались на них”. Муж внучки угрожал Ш. госпитализацией в психиатрическую больницу (“я вас с сыном, невесткой в авоську и отправлю в психушку”). Поэтому решила оформить дом при своей жизни, так как боялась, что дочь и ее семью выгонят из дома, а этого они не заслуживают. Предупредила сына о дарственной за некоторое время до ее оформления. Под-

писание доверенности с участием нотариуса проходило в ее комнате. Дочь была в это время на работе. Помнит, что прочитали текст, нотариусу доверяли. Поняла суть документа. После подписания доверенности, но до начала судебных заседаний, по инициативе внучки, Ш. была однократно освидетельствована участковым психиатром. Психиатр каких-либо заключений и назначений не сделал.

17 ноября 2008 г. судья городского суда вынесла определение о назначении **амбулаторной СПЭ по делу о признании Ш. недееспособной**. 23 декабря 2008 экспертиза была проведена. В заключении психическое состояние Ш. описывается следующим образом: “Сознание ясное. В собственной личности ориентирована правильно. В месте и времени формально. В контакт вступает, на задаваемые вопросы отвечает по существу. Мимика и пантомимика однообразна, маловыразительна. Фон настроения индифферентный. Обманов восприятия нет. Высказывает бредовые идеи отравления, отношения, физического воздействия, ущерба. Считает, что соседка с целью отобрать у нее дом травит ее варениками. По ночам, а чаще всего днем к ней приходят какие-то люди, которые “едят ее тело”. Мышление паралогичное. Некритична. Нарушен ночной сон. Периодически испытывает страхи, беспокойство, становится агрессивной. Дома ничем не занимается. Передвигаться самостоятельно не может. В бытовых вопросах осведомлена формально”. Комиссия пришла к заключению, что Ш. **страдает расстройством психики в форме “Параноидной шизофрении (F20.0 по МКБ-10) с непрерывно-прогредиентным типом течения и дефектом эмоционально-волевой сферы, вследствие чего она не может понимать значение своих действий и руководить ими**.

28.12.2008 суд известил Ш. и ее дочь о судебном заседании, назначенном на 13.01.2009 (отмечаем, что на этот период приходились 10-ти дневные новогодние каникулы). Из этого извещения Ш. и ее дочь узнали о том, что возбуждено гражданское дело о признании Ш. недееспособной и о том, что Ш. была проведена СПЭ. При этом внук (по матери) сообщил им о том, что 23.12.2008 он вместе своим другом по инициативе двоюродной сестры (истца), возили ее в областной центр на территорию какой-то больницы. Там все вышли, оставив Ш. сидеть одну в машине. Затем из больничного корпуса вышел мужчина в белом халате, представился врачом, задал пациентке несколько вопросов в течение 3 – 5 минут, и, сказав “все будет хорошо”, ушел в больницу.

26 января 2009 судья городского суда вынесла решение о признании Ш. недееспособной.

02 июня 2009 г. в том же государственном экспертном учреждении была проведена **амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в связи с гражданским делом о признании недействительной доверенности на дарение дома**. На титульном листе

стоит шифр “F; Z04.8”. При обследовании было установлено. “Сомато-неврологически: в кабинет внесена двумя мужчинами. Самостоятельное передвижение затруднено из-за ампутации правого бедра. Сахарный диабет. Психическое состояние: сознание ясное. Правильно ориентирована во времени, собственной личности. Правильно без задержки назвала свой возраст, ФИО, адрес. Внешне выглядит опрятно. Охотно вовлекается в беседу. Доброжелательно настроена к экспертам. Жалуетесь на выраженное снижение зрения в течение последнего года из-за диабета. Легко понимает задаваемые вопросы, отвечает по существу. Сообщила анамнестические сведения. Рассказала, что живет в отопляемой кухне, а дочь и зять ухаживают за ней. “Дочь всю жизнь со мной живет”. Поэтому оформила дом на дочь. Недовольна поведением своей внучки, которая оспаривает сделку. Рассказала, что М. живет отдельно от них на расстоянии 2-х остановок. 2 года тому назад мужу М. дала 9,5 тыс. рублей, но он до сих пор ей долг не вернул. Психически больной себя не считает. Поясняет, что во время менопаузы был “нервный срыв”, лежала в психбольнице. Последний раз лежала только для оформления группы инвалидности. Много лет после этого к психиатру не обращалась, никаких психотропных препаратов не принимала. Мышление обстоятельное с излишней детализацией, ригидное. Трудно переключается с одной темы на другую. Излишне подробно рассказывает способ избавления от неприятного запаха от физиологических отправления, который она придумала. Бредовой симптоматики выявить не удалось. Память и интеллект несколько снижены”. На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что “Ш. нуждается в направлении на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу с целью обследования и уточнения степени выраженности психических расстройств, их нозологической принадлежности с последующим ответом на поставленные перед экспертами вопросы, т.к. в условиях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы решение данных вопросов не представляется возможным. Предварительный диагноз: “Параноидная шизофрения? Органическое расстройство личности?”.

В июне 2009 г. пациентка полностью ослепла. Дочь заметила, что с этого момента пациентка начала говорить с мельчайшими подробностями и повторами. Досконально помнит и рассказывает о прошлом, хотя иногда стала забывать текущие события, что не влияет на ее жизнедеятельность.

22 июня 2009 было вынесено определение судебной коллегии по гражданским делам РО суда по поводу кассационной жалобы Ш. на решение городского суда, признавшего ее недееспособной (26.01.2009). Ознакомившись с материалами дела, судебная коллегия оставила решение городского суда без изменений, указав, в частности, следующее: “Довод жалобы о том, что суд рассмотрел дело без участия заинтересо-

ванного лица Ш., в то время, как согласно постановлению Конституционного суда РФ при рассмотрении дел о признании граждан недееспособных, присутствие лица, которое признается недееспособным, обязательно, необоснован. В соответствии с ч. 1 ст. 284 ГК РФ, заявление о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с участием самого гражданина, заявителя, прокурора, представителя органа опеки и попечительства. Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию здоровья гражданина. Учитывая, заключение врача-психиатра и судебно-психиатрической экспертизы, а также нынешнее состояние здоровья Ш., суд рассмотрев дело в ее отсутствие, процессуальных нарушений не допустил”.

В сентябре 2009 г. в течение 1 месяца пациентка находилась в областном психиатрическом диспансере в связи с проведением СПЭ. В больнице осуществляли контроль сахара в крови, принимала сахаропонижающие препараты. Дочь ухаживала в больнице за пациенткой, жила с ней там. Ничего не беспокоило, но хотела проверить голову, “больна я на голову или нет, так как внучка считает, что после стресса (расставание с мужчиной) возникла болезнь головы. Внучка приводила психиатра в суд”.

**С 01.10.2009 находилась на обследовании в ЛРНЦ “Феникс”.**

**Соматический статус:** среднего телосложения, кожные покровы обычного цвета. Правая нога ампутирована на уровне верхней трети бедра. В легких дыхание везикулярное, ЧД 19 в мин. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту. Артериальное давление 150/90 мм рт.ст. Температура тела 36,5 °С сердечные тоны ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Физиологические отправления без особенностей (стул самостоятельный, регулярный, мочеиспускание безболезненное).

**Неврологический статус:** со стороны черепно-мозговых нервов без патологии, сухожильные рефлексы без особенностей. Тремор конечностей отсутствует.

**Психический статус.** В связи с высокой ампутацией правой ноги и слепотой Ш. беспомощна в передвижении. Передвигается на механической инвалидной коляске с помощью родных (дочери, внука). На обследование ее привозят и увозят, внося коляску на руках. Одетая всегда опрятно. С сотрудниками центра приветлива, разговорчива. В кабинет въезжает на инвалидной коляске, в сопровождении внука и дочери. Услышав один раз о возникших трудностях с проездом коляски через дверь кабинета, тут же внесла предложение о том, что может пересесть на стул, на котором ее легче внести в кабинет.

Во время беседы сидит в инвалидном кресле, охотно дает о себе информацию. Говорит громко. Речь модулирована, экспрессивна, сопровождается жестиком-

ляцией. Мимические реакции достаточные, выражение лица спокойное. Мимика зависит от ситуации — порой улыбается, порой — огорчена, порой — сердитая. Пантомимикой пользуется активно, адекватно ситуации. Иногда на вопросы отвечает не в плане заданного, говорит много, обстоятельно, уточняя мельчайшие детали, периодически отклоняясь от темы разговора. Однако при возврате к теме разговора дает правильный ответ.

Пациентка ориентирована в месте, времени (ошибается на один день в отношении даты, правильно называет год, месяц, потом самостоятельно поправляет себя и называет текущую дату правильно), окружающей обстановке (четко назвать место не может, “привезли туда, где грамотные люди. Они должны быть честными”) и в собственной личности (называет свой Ф.И.О., основные биографические данные). Сообщает, что проживает с дочкой и ее семьей, “внук ухаживает, носит в ванную. Купаюсь я сама, только спину трут родственники”.

Узнает лечащего врача по голосу. Услышав его, радостно улыбается. К окружающим лицам (медперсонал, родственники пациентов, некоторые больные) относится доброжелательно, охотно вступает с ними в беседу, поддерживает тему разговора, если речь идет о бытовых проблемах. О своей ситуации сама не заговаривает. Бывает излишне многословной, обстоятельной до такой степени, что это иногда затрудняет общение. Однако основную нить разговора удерживает.

Активно жалоб не предъявляет, чувствует себя неплохо. Настроение характеризует как “хорошее”. Однако на последней беседе сообщила, что за последний месяц память стала хуже — “память стала улетать”.

Заинтересована в обследовании, “хотела бы полного обследования, чтобы меня проверили от мизинчика до кончиков волос — больна я на голову или нет, так как Марина Александровна считает меня больной, а я сама — психически здоровой”. Пациентка считает, что внучка, “Марина Александровна”, хочет отнять у нее дом, потом продать его и забрать себе деньги. Беспокоится о судьбе дочери и ее семьи, так как внучка выгонит тетю на улицу вместе с ее семьей, а “ведь именно дочь, зять и внук столько лет живут со мной и ухаживают за мной. И идти им больше некуда”. Убеждена, что именно по этой причине внучка “сделала меня недееспособной и оформила на себя опекунство”. Подтверждает свое мнение тем, что внучка, уже несколько лет являясь опекуном своей собственной матери, плохо к ней относится, неважно исполняет свои опекунские обязанности, пренебрегает правами опекаемой — не дает ей денег из ее пенсии, которую исправно получает, часто и необоснованно помещает в психиатрическую больницу, где редко ее навещает, а муж внучки нередко бьет своего тестя, сына пациентки. Также сообщает, что, став опекуном, последние месяцы внучка получает и ее пенсию и совсем не дает ей денег, в силу чего она вы-

нужденно находится на полном иждивении дочери, в семье которой живет.

Сказала, что в мае 2008 г. оформила доверенность на близкую знакомую, которой доверяла, и поручила оформить дом на дочь. Решила это по собственной инициативе, “так как понимала, что стала большим человеком, без ноги и почти ничего не вижу”. Предупредила сына о предстоящем составлении завещания заранее, убеждена, что дом должен достаться дочери, так как та с семьей вместе с матерью проживает в этом доме 20 лет, именно дочь делала в нем ремонт, ее семья всегда помогала и заботилась о ней, особенно после ампутации ноги (и в больнице, и дома). Зять, дочь и внук опекают ее, помогают, ухаживают (“зять постоянно приходил по несколько раз в больницу, внук носит ее на руках в ванну, родственники трут спину при купании”).

Утверждает, что хочет оформить дом при своей жизни, так как считает что после ее смерти высокий риск того, что дочь с семьей выгонят из дома, а этого они не заслуживают. Рассказала, что сама вызвала (через знакомую) на дом нотариуса, которому доверяла. Помнит, что нотариус приехал к ней домой. Подписание доверенности произошло в ее комнате. Ей был прочитан текст доверенности, суть которого соответствовал ее пожеланиям. Она поняла зачитанное и потом подписала. Ускорил подписание завещания тот факт, что внучка и ее муж стали обижать дочь пациентки и зятя, угрожали: “ругались на них, внучка спорила с моей дочкой. Муж внучки угрожал мне психбольницей: “Я вас с вашим сыном, невесткой в авоську и отправлю в Мало-Мишкино”.

Сообщает, что “лет 20 назад было ощущение отравления через вареники”. Эти мысли после лечения в психбольнице никогда больше не повторялись, и в настоящее время не беспокоят. Критична в полной мере. На вопрос врача об ощущениях физического воздействия дает отрицательный ответ, также отрицает какой-либо ущерб (воровство) со стороны посторонних и близких лиц. На вопрос врача о том, какие “люди к ней приходят по ночам и едят ее тело”, немного помолчала, пожалала плечами, на лице отразилось удивление, потом ответила “никто не приходит, не грызет, может глисты”. На вопрос врача о наличии “неприятного запаха от испражнений, а также исходящего от нее, и способе избавления от этого запаха” также возникло некоторое недоумение, сказала, что от нее не исходит неприятного запаха. Пояснила, что избавляться от неприятного запаха нужно соблюдая гигиену — “водичкой помыться, тряпочкой чистой вытереться”. Пациентка заявила, что “никто меня не травит, никто не видится, никто не ест”.

В процессе обследования нарушений восприятия, галлюцинаций, бреда не выявляется. Активно бредовых идей не высказывает. Мышление конкретное, обстоятельное, с излишней детализацией.

В одну из встреч с врачом пациентка сообщила, что в предыдущий день беседовала с сестрой по телефону, чему была рада. Сообщила сестре о желании внучки отобрать у нее дом, тогда как она сама имеет другой план и хочет оставить его дочери. Сестра поддержала ее, сказала, что переживает от того, что внучка стала плохо к бабушке относиться. При опросе пациентка вспомнила адрес сестры, расположение ее дома.

Также сообщила, что в декабре 2008 г. была повторно осмотрена психиатром в период уже начавшегося судебного процесса. Поездка на СПЭ была объяснена внучкой необходимостью выполнения рентгенографии легких, Пациентка не видела врача, так как к этому времени потеряла зрение. Помнит, что сидела в машине, в машину подсел мужчина, не представился, что-то спросил и вышел. При этом присутствовал внук Ваня и племянник, которые подтверждают слова пациентки. После беседы с врачом пациентка с внучкой, внуком и племянником поехали на флюорограмму. О том, что беседа с мужчиной в машине оказалась СПЭ, узнала только в январе 2009 г.

Прошлые события своей жизни помнит; подробно рассказывает, кем и когда работала, какие трудовые функции выполняла; правильно и последовательно излагает факты личной жизни. Иногда пациентке трудно датировать то или иное событие, хотя при этом последовательность событий не нарушается. Текущие события вспоминает в меньшем объеме, не столь полно.

Полностью и адекватно понимает ситуацию, реально прогнозируя пути ее развития. Активно участвует в обсуждении мер по ее разрешению, прибегая к помощи близких. Последовательна в своих решениях. Поддерживает своих близких в отстаивании их и своих прав. Готова идти до конца. Полностью понимает состояние своего соматического здоровья и перспективы его развития.

**Заключение по результатам патопсихологического обследования** от 10.10.2009 (исследование проведено к.п.н., доцентом психологического факультета ЮФУ О. К. Труфановой): “испытуемая доброжелательна, охотно вступает в беседу. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Легко увлекается и уходит в воспоминания о прошлом. Хорошо ориентируется в фактах и датах своей биографии (сравнительно с данными объективного анамнеза). Не настаивает на завершении своих воспоминаний и по просьбе экспериментатора возвращается к заданиям. Мотивация деятельности достаточно высокая; стремится получить похвалу и одобрение, старается запомнить и ответить лучше. Контакт с испытуемой только слухоречевой из-за имеющейся у нее слепоты; испытуемая живо ориентируется на направление звуков, поворачивается к собеседнику лицом; эмоционально экспрессивна. В ситуациях, особо затрудняющих испытуемую, тихонько обращается к дочери за

помощью. Образование испытуемой — неполная начальная школа. Словарный запас довольно обширный; легко формулирует свои мысли; обладает достаточным житейским опытом и здраво судит об обсуждаемых жизненных ситуациях. Выявляются черты инертности и обстоятельности в мышлении, характеризующие пожилой и старческий возраст со стороны познавательных процессов. Структурных нарушений мышления по sch-типу не выявляется. Инструкции понимает правильно. Обобщения не всегда поддаются вербализации, но по сути правильные. Например, в “исключении понятий” “карандаш, стекло, бумага, чернила, ручка” исключает стекло, а остальное — “к писанине”, в группе “кислый, соленый, горячий, сладкий, горький” исключает “горячий”, а остальное — “чтобы вкусно было, съедобно”. Затрудняется в объяснении переносного смысла пословиц, “съезжает” на конкретную трактовку, хотя смысл пытается передать. Например, “яблоко от яблони недалеко падает” — “от хорошей яблони хорошие яблоки получаются, то же и к хорошему человеку”. “Козел отпущения” — “это когда нехорошие люди плохо кому-то делают”. К нарушениям памяти критична, “память убегает”. Объем кратковременной памяти сужен, но имеется положительная динамика в сторону увеличения воспроизведения: 2-4-5-5 слов из 7-ми. Притчу “Муравей и голубка” понял правильно. Воспроизвела почти правильно, только в конце вместо охотника выступают воробьи, не дающие муравью вновь выбраться на берег. Уровень работоспособности и активного внимания достаточен для ее возраста — активно работала 45 минут, потом сказала, что “немного устала”. Таким образом, в исследовании выявляется вариант возрастной нормы функционирования, учитывая низкие образовательный и профессиональный уровни испытуемой, а также сенсорный дефект”.

**22.10.2009 состоялся консилиум** в составе профессора, президента ЛРНЦ “Феникс” А. О. Бухановского, главного врача ЛРНЦ “Феникс”, кандидата медицинских наук О. А. Бухановской, доцента, кандидата медицинских наук А. Я. Перехова. Консилиум проходил в присутствии дочери, внука и знакомой Б-вой.

Комиссия врачей пришла к следующим выводам. При анализе данного случая можно выделить несколько аспектов: медицинский (психиатрический), судебно-психиатрический, правовой.

При изучении медицинского (психиатрического) аспекта, обращает на себя внимание следующее: наследственность отягощена сахарным диабетом 2 типа (такой вид диабета возник и у пробанда в инволюционном периоде) у родной сестры пробанда. Родилась и воспитывалась в полной семье, в сельской местности, в Сибири, в предвоенные и военные годы. В детстве отмечались неизвестные проблемы в слухоречевой сфере. Училась лишь в начальной школе, малогра-

мотна. Работает с детства. Всегда отличалась общительностью, разговорчивостью, доброжелательностью, миролюбивой доверчивостью, трудолюбием, активностью, непритязательностью, стремлением помочь близким. С детства работала на малоквалифицированных работах, не нормировано, не гнушаясь никакой работы, с нагрузками справлялась. Трижды была замужем. Будучи непритязательной и миролюбивой, всегда была удовлетворена своим браками, невзирая на то, что близкие имели противоположную точку зрения. В двух случаях осталась вдовой. Осенью 1985 года на фоне начавшихся обильных маточных кровотечений и дебютировавшего сахарного диабета 2 типа перенесла острую, неожиданную тяжелую психотравму в сфере лично-семейных отношений. В ответ на психотравму возникла растерянность от неожиданности и реакция потери. Вскоре это состояние трансформировалось в атипичную депрессию с неконгруентными симптомами, в виде истинных, шепотных слуховых галлюцинаций, однотематического с ними бреда, страхом, тревогой (по А. Б. Смулевичу “атипичная депрессия, B2 типа”). Ситуационно, вскоре наступило улучшение, но состояние сохранялось. Через 6 месяцев впервые добровольно обратилась к психиатру и прошла активную, интенсивную, скорее всего инсулинокоматозную терапию, после чего вышла в состояние интермиссии (психическое здоровье).

Еще через год весной 1987 года аутохтонно возникло типичное гипоманиакальное состояние. Полуторамесячное медикаментозное лечение в стационаре, вновь вывело больную в состояние интермиссии. Еще через три года (1990 год) и вновь весной в возрасте 52 лет аутохтонно развилось депрессивное расстройство, которое привело ее к третьей госпитализации. Единственный медицинский документ полученный по запросам ЛРНЦ (на запросы в другие психиатрические ЛПУ поступили ответы об утрате медицинской документации) сообщал о том, что в период госпитализации был установлен диагноз “инволюционная депрессия”, однако о структуре лечения и дозах препаратов информации не поступило. Есть основания для предположения, что больная принимала нейролептики (“сводило руки, помогал циклодол”). После лечения в больнице более никогда к психиатрам не обращалась и психиатрическое лечение не получала. Доказательных объяснений и обоснования четырехмесячной госпитализации и перевода на вторую группу инвалидности по «общему “заболеванию”» бессрочно, а также диагноза “инволюционный психоз, стойкий депрессивно-параноидный синдром” нет. В этой ситуации привлекает внимание сообщение Ш. о том, что лечащий врач предложил ей так называемый “социальный диагноз” с целью ее защиты от уже развившегося в тот период экономического кризиса для назначения ей пенсии. В последующие 19 лет была достаточно адаптивна, как в бытовых вопросах, так и в личной жизни, устроив себе очередное

замужество. Самостоятельно вела домашнее хозяйство, работала в огороде, торговала на рынке, материально помогала сыну и дочери, нянчилась с внуками. В частности, самостоятельно приняла решение о поездке к матери в Сибирь, где прожила три года, ухаживая за матерью, поддерживая теплые отношения с родственниками, ведя хозяйство. Инициативно и продуктивно решала правовые и бытовые вопросы. Так, дважды в связи с переездами переоформляла себе пенсию. К психиатрам ни сама, ни родственники в связи с ее поведением не обращались, что подтверждается официальным ответом на запрос ЛРНЦ из местного психиатрического центра, входящим в грубое противоречие с малопонятным ответом от районного психиатра. Пластично реагировала на события в семье, всегда исходя из альтруистической позиции. Так, получив сообщение о поездке зятя в Чечню на военную службу, тут же бросила все дела и вернулась из Сибири домой с целью оказания помощи дочери. Из этого стойкого глубокого состояния интермиссии не смогли ее выбить две довольно тяжелые последовательные психотравмы — смерть близких родственников.

Тем временем сахарный диабет прогрессировал и привел к многочисленным сосудистым и трофическим осложнениям. В частности, в 2007 году из-за гангрены ей провели высокую ампутацию правой ноги. И даже тяжелое интоксикационное, астенизирующее заболевание, наркоз, тяжелая психотравма не смогли разрушить интермиссию. Несколько заострились преморбидные особенности характера — многоречивость, обстоятельность. Согласно подлинным медицинским документам и многочисленным осмотрам различными интернистами, в том числе комиссионно, каких-либо расстройств психики не зафиксировано. Хотя сама больная начала говорить о некотором ухудшении памяти. Вскоре больная ослепла. Адекватно оценивая ситуацию своей беспомощности, болезненного состояния, возраста, отражая свою признательность семье дочери, которая около 20 лет помогала ей, ухаживала, опекала, она самостоятельно приняла решение о передаче в дар дочери принадлежащей ей части домовладения. Приняв решение, она избрала адекватную для ее состояния и реализации своей воли решение — пригласила нотариуса на дом и подписала доверенность на выбранного ею близкого человека, которому доверяла. Цель доверенности отражала ее выбор, от имени Ш. заключить и подписать все документы, необходимые для акта дарения.

Попав в сложную ситуацию гражданского судебного процесса, адекватно воспринимает и понимает сложившуюся ситуацию, несмотря на слепоту. В этой ситуации держится с достоинством, активно выбрала тактику своего поведения и последовательно реализует ее в жизни, проявляя твердость в реализации своего решения. В быту она достаточно пластична, обладает необходимым уровнем эмпатии, эмоциональна. Не вступает в противоречия и конфликты со

стороной истцов, подчиняется решениям суда, в том числе с назначением стационарной СПЭ. Все это позволяет считать, что Ш. страдает “биполярным-аффективным расстройством” (согласно МКБ-10 “F31”). В течение 19 лет находилась и продолжает находиться в состоянии стойкой, глубокой интермиссии (психического здоровья). Согласно DSM- IV<sup>TR</sup> у нее “биполярное расстройство 2-го типа”. На состояние ее психической сферы накладывают отпечаток возрастные особенности ее психики, сосудистые и конституциональные особенности. Они проявляются в заострении многоречивости и обстоятельности, а также некотором ухудшении памяти, не достигающем клинически диагностируемого уровня. Эти особенности подтверждены патопсихологическим исследованием. Сопутствующее заболевание: сахарный диабет 2-го типа декомпенсированный; гипертоническая болезнь III стадии”.

Таким образом, члены консилиума установили: окончательный диагноз “Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия” (“F31.7”); Сопутствующее заболевание “сахарный диабет 2-го типа декомпенсированный; гипертоническая болезнь III стадии”.

07.12.2009 дочь пациентки представила копию **заключения стационарной СПЭ**, которая была проведена 22.09.2009 (непосредственно перед обследованием в Центре “Феникс”) в связи с гражданским делом о признании недействительной доверенности на дарение дома. На титульном листе стоит шифр “F20.01”. Из заключения стационарной СПЭ известно, что “Подэкспертная поступила в отделение 25.08.2009. Из материалов гражданского дела № 2-334/2009 (в 1-м томе, на 98 листах), № 2-126/09 — (в 1 томе на 54 листах), медицинской документации (амбулаторная карта без № на имя подэкспертной из архива ГУЗ ПНД РО) и со слов подэкспертной известно следующее: ... Согласно данным амбулаторной карты (запись от 1989 г.), психические расстройства появились в 1988 г., когда стало казаться, что за ней следят, вся обстановка вокруг как-то менялась, впервые лежала в Новочеркасской психиатрической больнице в 1989 г. В марте 1989 г. состояние вновь ухудшилось, появились идеи преследования, воздействия, считала, что соседи “что-то подсыпают”, “действуют гипнозом”, вновь была госпитализирована по “скорой помощи” с рабочего места в ОПД, где находилась с 17.03.1989 г. по 23.04.1989 г. с диагнозом: “инволюционный параноид”, сопутствующий: “двустороннее воспаление легких”. В психическом статусе было отмечено: “ориентировка всех видов сохранена. На вопросы отвечает охотно. На прямой вопрос о наличии заболевания отвечает отрицательно, но при выяснении взаимоотношений с соседями рассказала, что соседка крадет ее овощи, чем-то посыпает землю. Больная думает, что соседка ее травит. Как только видит соседку, так начинает ощущать в теле какие-то

неприятные ощущения, как только соседка приходили в гости, так больная начинала ссориться с сыном. На основании этого пришла к выводу, что соседка на нее действует гипнозом. Критики к болезни нет. В отделении острой психосимптоматики не выявляет”, состояние было купировано к началу апреля, появилась критика к перенесенному болезненному состоянию (эпикриз в амб. карте). Следующее обращение в диспансерное отделение ОПД 22.03.1990 г. с жалобами на бессонницу, головную боль, онемение в ногах, подавленность, нежелание жить, слабость, утомляемость, отсутствие аппетита. При осмотре установлен диагноз: “инволюционная психотическая депрессия”, от госпитализации категорически отказалась. Из заключения АСПЭ № 2985 известно, что с 30.03.1990 г. по 12.07.1990 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице. Затем еще дважды лечилась в психиатрических стационарах. Решением спец. ВТЭК № 3 от 01.06.1992 г. была признана инвалидом второй группы с диагнозом: “Инволюционный психоз, стойкий депрессивно-параноидный синдром” без переосвидетельствования (копия справки МСЭ, г.д. № 2-196/09, л.д. 21). С 1992 г. меддокументация отсутствует (истории болезни из областной психиатрической больницы уничтожены пожаром в 1995 г., справка, г.д. 2-196/09, л.д. 22). ... В судебном заседании 21.04.2009 г. гражданка Ш. пояснила, что “в 1990 г. мне было 50 лет, отмечали, были гости, когда все разошлись, мне стало холодно, меня трясло, я была невменяемая. Была ночь и у меня было сомнение, что все ушли, я пошла к дочери — ее нет, потом пошла к сыну, но не дошла, мне стало жарко, я сняла пальто и бросила его в камыши, пошла домой”. Я пришла к соседке Рае, она сказала, что придет, затопит печь у меня. Она пришла, принесла дров, печь растопила, но мне было тревожно почему-то. Почему — не знаю, то ли кто-то подсыпал мне что-то. Я знаю, что делали такое люди, была у меня соседка Галина, она землю подсыпала, которую брала от покойников, она уже умерла. Мне муж об этом сказал, я сама не догадывалась. Муж заметил, что она из карманов берет и посыпает. Я в больницу попала, т.к. жгла вещи, я это не отрицаю, новые вещи жгла, почему — не знаю, не помню, хотела еще и посуду поपालить, сожгла 2 блюда и кружку, потом села на стул и подумала, для чего я это делаю, ведь посуда не виновата... Я лежала в больнице 4 месяца, меня голодом лечили, воду сладкую давали... Я в больнице лежала 4 раза, два раза в Ростове и в Мало-Мишкино... Я пишу проверяю по нюху, бывает все, могут и отравить. Сейчас ко мне никто не приходит, не кормит. На вопрос суда “Бывает ли, что Вам кажется, что Ваше тело едят?” — Нет... Я говорила, подарю дом дочери, она со мной 20 лет живет... Внучка ухаживала за мной, я думала, что она по-хорошему, а они хотят меня в дом престарелых отдать и лезут вперед... Последний раз я лежала в больнице 4 месяца, лет 20 на-

зад.” (л.д. 58 – 65). ... Нотариус показала, что при составлении доверенности дееспособность Ш. не вызвала у нее сомнений, она четко выразила свою волю, аргументировав свое решение подарить имущество дочери, а не истцу, который проживал от нее отдельно. ... В результате настоящего стационарного обследования выявлено следующее: **Соматический статус:** среднего телосложения, умеренного питания, кожные покровы обычного цвета, правая нога ампутирована на уровне верхней трети бедра. В легких дыхание везикулярное, ЧД 18 в мин. Пульс ритмичный, удовлетворительных свойств, 76 уд. в 1 мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови, мочи общие без патологических включений. Анализы крови на ВИЧ, сифилис, Австралийский антиген отрицательные. Флюорограмма органов грудной клетки — легкие и сердце без патологии. ЭКГ — “ишемия переднебоковой стенки, незначительная — задней стенки левого желудочка, признаки гипертрофии левого желудочка”. Сахар крови в пределах нормы (на фоне приема инсулина). По заключению терапевта, страдает “артериальной гипертензией III ст., ИБС”. Осмотре окулиста от 15.09.2009 г.: “VOD=0, VOD= движения руки, перед, отр. б/о, перед. камера ср. глуб., в хрусталиках обоих глаз диффузное помутнение, глазное дно не просматривается”. Осмотр эндокринолога от 15.09.2009 г.: “сахарный диабет, 2 тип, тяжелой степени, субкомпенсация, диабетическая полинейропатия, ретинопатия, ангиопатия нижних конечностей, ампутированная культя правого бедра”. На ЭЭГ регистрируются диффузные изменения биоритмики по органическому типу, характерные для энцефалопатии; имеют место признаки дисфункции стволовых структур. **Неврологический статус:** слепа на оба глаза, со стороны черепно-мозговых нервов без патологии, сухожильные рефлексы низкие, дистальная гипестезия. Пирамидных знаков нет. По заключению невролога, имеет место полинейропатия. **Психический статус:** сознание ясное, в собственной личности, окружающем, месте, времени ориентирована правильно. Понимает цель направления на судебно-психиатрическую экспертизу. В беседу вступает охотно, внимательно слушает вопросы, отвечает в плане заданного, о своей жизни говорит охотно, в первую очередь старается сообщить сведения, положительно ее характеризующие, при вопросах о ее психическом заболевании начинает ссылаться на запомывание, что “это давно было”, при прямых вопросах подтверждает госпитализации в психиатрические стационары: “Владимир Петрович говорил, ложись, подлечим тебя... Меня голодом лечили, давали сладкую воду. Меня соседка тогда заколдовала... Она на меня порчу навела, из меня червяк вылез, я видела...”. Из беседы с подэкспертной известно, что психическое состояние менялось дважды, “я плохо себя чувствовала, казалось, все гниет, жить не хотелось...”. Последующие госпитали-

зации объясняет необходимостью освидетельствования на ВТЭК. Утверждает, что “лет 17 к психиатрам не ходила, таблеток никаких не принимала”. Жалоб на самочувствие в течение нахождения в стационаре не предъявляет, психически больной себя не считает, рассказывает, что после появления сахарного диабета ей ампутировали ногу, а в последнее время резко ухудшилось зрение, и она периодически ослепла. В беседе держится спокойно, периодически крестится размашистым жестом, поведение адекватно ситуации. Заметно волнуется при разговоре о сложившейся судебной ситуации, утверждает, что решение подарить дочери дом приняла давно, считает, что внучка хотела “отправить в дом старости”, поэтому против того, чтоб та была ее опекуном: “за мной дочка ухаживает, и я хочу, чтоб она и ухаживала”. Мимика живая, соответствует высказываниям подэкспертной. Речь грамматически простая, обнаруживает словарный запас бытового уровня. В отделении время проводила в палате ввиду ограниченности самостоятельного передвижения, охотно общалась с пациентами и мед.персоналом, участвовала в дневных прогулках во дворе, куда ее доставляли на кресле-каталке. На обходе приветливо встречала врачей, охотно вступала в беседу. Эмоциональный фон за время пребывания был преимущественно ровный, подэкспертная синтонна. Темп мышления несколько снижен, с явлениями резонерства, тематического соскальзывания. За время пребывания обманов восприятия, бредовых идей не отмечено. Сохраняется убежденность в истинности пережитых ею психотических переживаний в 90-х годах, убеждена, что все было “на самом деле”, однако, соглашается, что “это была болезнь”. Обнаруживает сохранность адекватной оценки своего социального статуса. Внимание истощаемое, лабильное; общий темп деятельности несколько замедлен, фиксационная функция памяти снижена. Галлюцинаторных расстройств не выявлено. Обнаруживает инертность психических процессов, признаки истощаемости психической деятельности. Критическая оценка правовых и социальных последствий совершенной сделки дарения сохранена. Заключение психолога: Подэкспертная свободно вступает в контакт. Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности, Критична к месту пребывания и сложившейся ситуации. Поведение упорядоченное, без особенностей. Фон настроения и эмоциональное состояние положительные. Мимика и эмоциональные реакции соответствуют контексту разговора. Внешне ухожена опрятна. Позитивно настроена на экспериментальную работу. Мотивация выражено экспертная. Речь грамматически простая, связная, оформленная в простые предложения, с тенденцией к монологическим высказываниям. Охотно беседует, легко рассказывает о себе, отвечает на задаваемые вопросы, делится своими переживаниями. Психически больной себя не считает. Жалоб на здоровье не высказыва-

ет. В настоящий момент, из-за ограничения возможностей самостоятельного передвижения и самообслуживания, живет с дочерью, затем и внуком, которые за ней ухаживают. Автономное проживание невозможно. Подэкспертная является незрячей, с ампутированным на уровне средней трети правым бедром. Вследствие приобретенной слепоты набор использованных экспериментальных методик был ограничен вербальными, воспринимаемыми только на слух вариантами. При исследовании использовались следующие методы (методики): клинико-психологическая беседа; “Экспресс-метод исследования психического статуса”; “Запоминание 10 слов”; “Проба на ассоциативную память”; “Отсчитывание”; “Чередование синонимов и антонимов”; словесный вариант “Исключение”; “Определение и сравнение понятий”; “Ассоциативный эксперимент”; “Интерпретация идиом”. В ходе обследования, на первый план выступает нестабильность общей продуктивности психической деятельности и умственной работоспособности в виде: замедления подвижности и гибкости психических процессов, инертности и низкой оперативности мыслительных операций, нечеткости понятийного и логически смыслового мышления, неустойчивости и недостаточной концентрации активного и произвольного внимания, снижения активности восприятия, умеренно выраженного ослабления мнестических функций. Мышление упрощенное с тенденцией к использованию конкретно-ситуационных связей. Характеризуется детализацией и обстоятельностью. Обнаруживается хрупкость процесса мышления, неравномерность качества ответов, сниженная способность обобщать и выделять главное, ограниченное понимание условных смыслов, затруднения при вербализации и подборе лаконичных пояснений, склонность к многословным ответам. Внимание и память снижены по органическому типу. По мере увеличения интеллектуальной нагрузки проявляется субъективная утомляемость с нарастанием истощаемости психической деятельности по гипостеническому типу. Общий темп работы низкий. Объем общих знаний и представлений соответствует полученному образованию, возрасту и микросоциальному окружению. Обращают на себя внимание нестабильность аффективного фона с трансформацией личностной структуры в сторону эмоциональной неустойчивости, слабость самоконтроля с компенсаторным упрямством, снижение побуждений и спонтанной активности, заниженный уровень притязаний, повышенная религиозность и плаксивость. В числе индивидуально-психологических особенностей проявляются избыточная восприимчивость и сенситивность, экстравертированная направленность личности, непосредственность и доброжелательность. В области интерперсональных взаимоотношений подэкспертная отличается чувствительностью к эмоциональной стороне человеческих отношений, ориентацией на поддержку со сто-

роны окружающих, ранимостью и подозрительностью. Отношения с родственниками, находящимися в ближайшем окружении, описывает как доброжелательные. Подэкспертная сохраняет интерес к социальной жизни: слушает радио, телевизионные передачи. Уровень социального функционирования ограничен вследствие физических недугов. Критически относится к юридически значимой ситуации — оформление дарственной объясняет хорошим уходом и отношением к ней. Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании обнаруживается умеренно выраженный патопсихологический органический симптомокомплекс с характерным изменением личности по органическому типу. Структурных изменений мышления в эмоционально-личностной сфере по шизофреническому типу, на момент обследования, не выявляется. Подэкспертная критически относится к юридически значимой ситуации — заключения дарственной на имя своей дочери. На основании вышеизложенного **экспертная комиссия приходит к заключению:** что гражданка Ш. на момент совершения сделки — подписания доверенности 21.05.2008 г. обнаруживала признаки хронического психического расстройства в виде “параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения (F20.01 по МКБ-10)”. Выводы комиссии подтверждаются анамнестическими сведениями о появлении психических расстройств в 50-летнем возрасте в виде остро развившегося депрессивно-параноидного синдрома, что явилось причиной ее госпитализации в психиатрический стационар. На фоне применения биологических методов терапии было достигнуто послабление симптоматики, однако “обрыва” приступа не наступило, сохранялась психопродуктивная симптоматика, в связи с чем подэкспертная повторно в 1989 г. и 1990 г. была госпитализирована в психиатрический стационар, затянувшийся некупированный психотический приступ был расценен как непрерывный тип течения заболевания, что на фоне появившихся специфических негативных изменений личности стало причиной установления инвалидности второй группы бессрочно. После обрыва приступа с начала 90-х годов наступило состояние ремиссии, в связи с чем подэкспертная не обращалась за психиатрической помощью. Присоединение соматического страдания в виде сахарного диабета с ангиопатией и ретинопатией оказало влияние на течение хронического психического расстройства, патоморфоз стал причиной того, что очередной приступ шизофрении, описанный при проведении АСПЭ в декабре 2008 г. в виде бредовых идей персекуторного содержания, не был длительным и развернутым, купировался самостоятельно, и при проведении АСПЭ в июне 2009 г., признаков, указывающих на наличие активной психопродуктивной симптоматики в виде бреда и галлюцинаций, не было. Выводы комиссии подтверждаются результатами настоящего стационарного исследования, выявив-



шего у Ш. нерезко выраженные признаки эмоционально-волевого снижения и нарушения мышления по смешанному типу (эндогенного и органического), наличие убежденности в истинности перенесенных ею ранее (в 90-х годах) болезненных переживаний, отсутствие острой психопродуктивной симптоматики, сохранность мотивационного компонента мышления в отношении совершенной ею сделки и критическим отношением к возможным юридическим и социальным последствиям. Анализ результатов настоящего исследования в сопоставлении с материалами гражданского дела показал, что при наличии нерезко выраженных симптомов негативного ряда, при остаточной инкапсулированной позитивной симптоматике, не препятствующей формированию парциальной критичности относительно своего патологического

поведения и восстановлению и сохранению своих прежних социальных связей, Ш. в момент совершения сделки-подписания доверенности 21.05.2008 г. могла понимать значение своих действий и руководить ими. **ВЫВОДЫ:** Гражданка Ш. на момент совершения сделки-подписания доверенности 21.05.2008 г. обнаруживала признаки хронического психического расстройства в виде “параноидной шизофрении с эпизодическими типом течения (F 20.01 по МКБ-10)”, могла понимать значение своих действий и руководить ими”.

**Результаты обследования гражданки Ш. в Центре “Феникс” и диагностики с клиническим разбором приобщены к материалам дела.** Через несколько недель пройдет очередное заседание суда, о его результатах будет сообщено редакции.

18-й Европейский конгресс по психиатрии

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА  
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ЛЕЧЕНИЯ  
В ЕВРОПЕ**

*27 февраля – 2 марта 2010 г., Мюнхен, Германия*

[www.kenes.com/epa](http://www.kenes.com/epa)

**Региональный конгресс  
Всемирной психиатрической ассоциации**

**ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ В ПСИХИАТРИИ**

*10 – 12 июня 2010 г., Санкт-Петербург*

**E-mail: [vkrsnov@mtu-net.ru](mailto:vkrsnov@mtu-net.ru)**

## Психология шизофрении<sup>1</sup>

Ганс В. Груле (Гейдельберг)

*Расширенный реферат  
ежегодного собрания Немецкого объединения психиатров  
Вена, осень 1927 г.<sup>2</sup>*

### IV. НАРУШЕНИЕ МЫСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Одним из наиболее интересных психических первичных феноменов шизофрении является нарушение мышления. Чтобы понять, что это такое, вспомним те нарушения логики, которые нам известны у здоровых людей. Проще всего обратиться к тем случаям, когда в цепочке мыслей теряется одно звено — подводит память. Например, надо устно умножить 3 на 249 ( $3 \times 249$ ). Что я делаю:  $3 \times 200 = 600$ ;  $3 \times 40 = 120$ ;  $3 \times 9 = 27$ . теперь надо сложить три суммы, и тут я замечаю, что забыл первую. Другой случай: здесь нарушение касается не отдельных звеньев, а их соединения, т.е. мыслительных процессов в узком смысле. Передо мной известная всем математическая задачка: из двух труб вливается в бассейн вода, наполняя его за 5 часов. Диаметр труб соотносится как 5:7. Сколько часов потребуется для каждой из труб? Здесь следует составить уравнение. Я думаю: 5 часов трубы работают вместе, чтобы заполнить бассейн. Если бы у них был одинаковый диаметр, то каждая из них в отдельности должна была бы работать вдвое дольше. Но у них соотношение диаметров 5:7. Итак, за 5 часов одна труба заполнит  $5/12$ , а другая  $7/12$  всего объема. Если одна из труб за 5 часов наливает  $5/12$ , то  $12/12$  она наливает за 12 часов. Если вторая труба наливает за это время  $7/12$ , то  $12/12$  она нальет за 8 и  $4/7$  часа. Критический момент для моего мышления — это поиск общего знаменателя 12. Если я до этого не доду-

маюсь, то не справлюсь с задачей. Таким образом, надо общий объем бассейна соотнести с диаметрами труб (5:7), т.е. “вкладом” каждой трубы в общий объем. Это основная мысль задачи. Все остальное легко. Легко и сбиться на неправильную мысль. Такой человек будет думать так: труба X и труба Y вместе работают 5 часов, т.е.  $X + Y = 5$ . Этот человек знает, что  $X : Y = 5 : 7$ . Из этих двух его положений  $X + Y = 5$ ;  $X : Y = 5 : 7$ , следует:  $X = 5 - Y$ , далее  $(5 - Y)/Y = 5/7$ , т.е.  $Y = 2$  и  $11/12$  часа. Ошибка мышления состоит в том, что сумма обоих диаметров труб равняется пяти часам, это кроется в ошибочном постулате, что оба диаметра соотношением 5:7 соотносятся со временем. Неверное соотношение привело к неверной цепочке мыслей. Могут встречаться и многие другие ошибки. Далее, нарушение мышления может встречаться тогда, когда кто-то мне демонстрирует свой ход мысли, а мне не удастся следить за ним. Так было у нас в школе, когда учитель геометрии, исходя из каких-то предпосылок, делал тот или иной вывод. После мы при помощи циркуля проверяли ответ и убеждались в правоте учителя, но нам не удавалось прийти к этому при помощи его выводов. Тогда мы думали про себя: наверное, ответ мог бы быть и другим. В то время, как в нашем первом случае выпало одно звено мыслительного процесса, во втором случае мы не выявили правильного соотношения между членами уравнения, в третьем случае перед нами правильный ход мысли, но мы не можем уследить за ним. Во всех этих случаях нет процесса мышления (*Denkerlebnis*) *sensu strictiori*, момента очевидности. Моей задачей не является исследование нормальных, здоровых нарушений мышления при шизофрении, более того, по отношению к проблеме шизофрении не должны применяться обычные схемы; исследование должно быть направлено на то, что в действительности встречается при шизофрении и что является характерным для этого заболевания. Представители старой психиатрической школы до сих пор говорят, что шизофреник глупеет и что в исходном состоянии он предстает поглупевшим, слабоумным. Это лишь тогда справедливо,

<sup>1</sup> Psychologie der Schizophrenie von Dr. Hans W. Gruhle, A. O. Professor fuer Psychiatrie und med. Psychologie an der Universitaet Heidelberg, BERLIN, 1929. — Перевод с немецкого Евгении Григорьевны Сельской (после окончания в 1976 г. МГПИИЯ им. Мориса Тореза, более 30 лет преподаватель немецкого языка на городских курсах иностранных языков). Редакция выражает глубокую признательность Евгении Григорьевне за перевод, и Марку Евгеньевичу Бурно — за предоставленную работу Груле и инициативу по ее переводу.

<sup>2</sup> Часть 2. Часть 1 — см. НПЖ 2009, 3.

когда понятие деменции и поглупения употребляются в очень широком смысле для всех сколько-нибудь известных дефектов личности (см. выше). Если же употреблять слово “деменция” в более узком смысле, а именно как приобретенную неизлечимую психическую слабость, то в этом случае ограничиваемся деятельностью памяти и интеллекта. В этом смысле шизофреник не глупеет. Это как раз и является интересным в его дефекте, что личность теряет все возможное, но чисто формальный интеллект сохраняется. Психологи должны признать, если только они не ориентированы слепо на свои психотехники, что все их бесконечные тесты, которые применяют современные лаборатории и школы, проверяют лишь аппарат формального интеллекта.

Многие люди, не справляющиеся со сложными интеллектуальными задачами, — таких мы находим среди людей, хорошо учившихся в школе или выдержавших тесты — вовсе не потому “сдают” интеллектуальные позиции, что психологические методы при тестировании оказались неверными или экзаменатор допустил ошибку, а потому, что так называемый высший интеллект нельзя определить при помощи всех этих методов. Может быть, что тесты на так называемый практический интеллект более ориентированы на функции, которые мы имеем в виду; однако, случилось и у летчиков, когда мужчины в жизни не справлялись с ситуациями, хотя в лабораторных условиях прекрасно справлялись с задачей, и, наоборот, опытные летчики с лабораторной задачей не справлялись. И дело здесь вовсе не в некорректности тестов, а в моментах, наполовину относящихся к характеру человека: инициативность, общая подвижность, самостоятельность в мышлении, находчивость, настойчивость, мужество и т.д. Итак, высший интеллект можно определить как сочетание тех черт характера личности, которые ориентированы на душевную работу и для которых формальный интеллект служит инструментом. Этот инструмент при шизофрении сохранен, повреждены высшие моменты. У Крепелина, который мало касался данного вопроса, нет четкого разграничения этих моментов. И можно бы думать, что наше утверждение не всегда имеет место. В практике встречаются случаи шизофрении, когда у больного давно и тяжело нарушена функция использования инструмента формальной логики, так что можно было бы считать, что поврежден сам инструмент формальной логики. Но немного терпения — и мы поймем, что речь идет о нарушении, а не о разрушении. Поверхностный исследователь будет, конечно, убежден, исходя из полной неподвижности пациента, растерянности, тупого выражения лица и т.д. в том, что перед ним больной в исходном состоянии с тяжелым дефектом интеллекта. Однако, если удастся привлечь и удержать внимание такого “слабоумного” либо путем терпеливого обращения к нему, или, если внезапно накричать на него, захватить врасплох, и таким обра-

зом вывести его из его аутизма, то окажется, что у больного не только прекрасная память, но и ясная дедукция и вполне корректное мышление. Можно так охарактеризовать настоящее положение дел: Шизофреник до конца жизни владеет инструментом формального интеллекта, но зачастую он долгое время не может этим инструментом воспользоваться (“нарушение”) или же у него пропал интерес пользоваться данным инструментом (исходное состояние)<sup>3</sup>. Здесь нас интересует начальное нарушение, в силу которого больной определенное время не мог использовать формальную логику (Домарус — Domarus).

Если исследовать легкую степень нарушений мышления при шизофрении, то поймем, что она не видна в повседневном общении. Больной владеет не только материалом этого общения, но он также грамматически правильно строит предложения. Но если поставить перед таким пациентом относительно новую мыслительную задачу, он дает сбой. Здесь следует предложить пациенту маленькие рассказы, басни, где действующими лицами были бы животные; пословицу или поговорку — и тут же обнаружится нарушение, больной начнет сбиваться. Приведем один пример. Больному предлагается растолковать, что означает следующая поговорка: “Что в будущем должно стать крючком, уже и сейчас временами скрючивается” (Прим. Переводчика: *соответствующая русская поговорка гласит: “Наклонности проявляются с малолетства”*). Больной говорит: “Это означает маленький крюк, крючок, который значительно больше загнут, чем большой крюк; у большого крюка загнуто не такая резкая, можно, наверное, говорить об индексе загнуто. Но его трудно рассчитать в этой фигуре.” — “Но ведь это поговорка! Что она означает?” — “Конечно, поговорка, раз так говорят. И для этого можно употребить слово “крючок”, т.е. маленький крюк, ведь ясно же, что он более загнут”.

Если мы проанализируем такое поведение, то увидим, что больной вначале правильно понял задание, что он должен что-то объяснить. И формально он правильно выполняет задание. Что касается содержания задания, то он правильно понял значение слова “крюк” и уменьшительное “крючок”, как имеющее большую “скрюченность”. Слово “временами” больной отнес не ко времени, а скорее, к месту, как это бывает в разговорной речи. (Прим. перев.: *в русском языке наоборот: “Тебя ребенок слушается?” — “Местами”*), т.е. где-то загнуто может быть большая, где-то меньшая. Это соскальзывание в мышлении, если брать в расчет общее содержание нашего разговора. Вне нашего контекста его мысль совершенно верная. Больной отклоняется от первоначальной идеи и собирается уйти в расчеты и т.д. и все более теряет главную мысль. Или, скорее, он вовсе не понял

<sup>3</sup> См. позже в разделе “Теория шизофрении”.

смысл главного. Даже когда мы ему помогли словом “поговорка”, он не ухватил образность, переносный смысл, характерный для поговорки; больной снова обратился к частностям. Ни в коем случае нельзя утверждать, что наш пациент вообще не заметил связей между отдельными элементами, он просто запутался в этих связях. Но даже если принять, что здесь имеет место обычное нарушение мышления из нашей второй задачи, что пациент не нашел “общего знаменателя”, все же в его мышлении отсутствует система. Скорее, у него присутствуют отдельные мысли, связанные одна с другой, другая с третьей, но это смысловые связи, как между соседними звеньями цепочки, словно человек отдался пустым мечтаниям без цели. Нет строгой дисциплинированности мышления. Вот еще некоторые примеры из практики<sup>4</sup>.

“Со шляпой в руке пройдешь по всей стране” (Прим. перев.: *Этой поговорке соответствует русская “На добрый привет — добрый ответ”*). Разъяснение больного: “Кто несет шляпу в руке, тот приличный человек, я полагаю. Думаю, тут многое зависит и от времени года, почему он шляпу в руке держит; видимо, чтобы волосы проветривались он ее не надевает. Это приветствие — значит, человек честный и порядочный.” (Лиза Л., 18-летняя девушка, первый шуб коротечной шизофрении).

И в этом случае символика поговорки совершенно не замечена. Больная, хорошо понимающая частности, хватается за слова “шляпа в руке” и, отталкиваясь от этих слов, вспоминает о приветствии, честности и порядочности. Но когда она уже, вроде бы, находится на правильном пути к правильному объяснению целого, она вдруг вспоминает о проветривании волос — и работа мысли сходит на нет.

Следующий пример. “Высокомерие и гордость — плоды одного дерева”. Толкование больного: “У кого в голове ничего нет, тот особенно задирает нос. Есть люди, которые могут вытягиваться, у которых тело может вытягиваться вверх. В особенности это встречается у мужчин, тогда они выглядят выше ростом, чем есть в действительности. Высокомерие и гордость — абстрактные понятия. Я понять не могу, что это значит, что они — плоды одного дерева. Абстракция ведь не может расти на дереве. Хольц — Holz — это фамилия (Прим. перев.: *Holz — дрова, здесь: дерево*). В Мангейме есть адвокат по фамилии Хольц, но о нем же не скажешь, что он все еще растет. Если кто-то сделает что-то великое, он может гордиться, это справедливо. Дефреггер — Defregger — был великим художником, а происхождением из простых, и это ни о чем не говорит”. (Мария Л., 49 лет учительница музыки, мягкая форма гебефрении).

В этом случае образованная больная не понимает, что речь идет об иносказании, переносном смысле.

<sup>4</sup> Из еще неопубликованной работы Хедвига Хадлига — Hedwig Hadlich о нарушениях мышления при шизофрении.

Высокомерие она понимает в том смысле, что человек высоко поднимает голову. Она идет мыслью дальше и говорит о вытягивании тела, а основная мысль теряется. Когда ее хотели вернуть к мысли, она не ухватила целое, а “шагала” постепенно. Хотя она сама задалась вопросом, могут ли абстрактные понятия означать что-то растущее, она не догадалась, что это метафора, а зацепилась за частности, и ее мысль, несмотря на повторный вопрос исследователя, поплыла дальше. Образованному человеку слово “метафора” многое бы объяснило, здесь это не имело места.

Следующий случай. Исследователь говорит: “У пруда растет тростник из камыша и могучий дуб. Во время шторма ветер вырывает дуб с корнем, а гибкий тростник остается невредим.” Больной объясняет: “Большие сильные люди не всегда самые ловкие. Может быть, кто-то незаметный, даже кривой обладает большими возможностями как яркое неординарное явление.” — “?” — “Ветер может вырвать дерево с корнем, а тростник — в воде. Стихии обладают силой, и часто можно прочесть, как ветер вырывает деревья с корнем.” (Иоганна Л., 35 лет, учительница, первый острый шуб параноидной шизофрении).

Больная сразу ухватывает образность, переносный смысл басни. Можно было бы почти признать, что смысл понят правильно, только выбранные пациенткой выражения неточны. В слове “кривой” понятно основное качество тростника — что он гнется. Нельзя же предположить, что учительница всерьез считает тростник кривым калекой. И то, что кривой “обладает большими возможностями”, не совсем относится к делу; на символике гнущегося тростника более не останавливается. О дубе больная тоже не говорит, что у него не хватает ловкости. Итак, в этом случае переносный смысл больная понимает, правильно понимается победа маленького, невзрачного, но формулировка этого понимания неточна, и мысль начинает уплывать, здесь имеет место тенденция теряться в деталях. Когда исследователь попросил поточнее объяснить, больная не смогла этого сделать и совсем запуталась в общих неопределенных оборотах речи.

Еще пример. “Лошадь свободно скачет рядом с нагруженным осликом и не хочет ему помочь везти воз. Ослик погибает под тяжестью, и лошади приходится теперь везти весь груз и мертвого осла в придачу.” — “Лошадь вначале бежит без груза, чтобы отдохнуть, а для осла был этот груз слишком тяжел, вот он и свалился. Наверно, он упал, а это повлекло за собой его смерть, а лошадь помогает ему в беде. Ах, нет, лошадь не помогла, у нее есть разум, но не такой, как у человека. Наверно, там присутствовал и человек: ведь кто-то же снял груз с осла и переложил на лошадь”. (18-летний ученик портного Фриц К., первый шуб гебефрении.)

В данном случае мы имеем дело с более тяжелым нарушением. Иносказательное в басне вообще не принимается в расчет. Больной оперирует только

фактическим материалом, но и здесь он путается: у него возникает совершенно новая неподходящая мысль, что лошадь помогла ослику. Видимо, к этому выводу он пришел, опираясь на тот факт, что весь груз был переложено на лошадь, но он забыл, что это ослику уже не помогло: тот был мертв. Сбой в мышлении возникает здесь из-за неготовности одного мыслительного звена. Факт, что лошадь должна, ко всему прочему, тащить и мертвого осла, полностью игнорируется.

И, наконец, следует обратиться к еще одному случаю, уже описанному Берингером<sup>5</sup>.

Итак, задача гласит: “В землю воткнута труба 50 м глубиной и диаметром 25 см. На дне этой трубы лежит спичка. Как Вы ее достанете?” — “Я вползу в трубу — я же не могу просто так спичку вытащить — я ее вытащу, я вползу и вытащу.” — “Это ведь не так просто.” — “Да, но я ее вытащу, если спущусь вниз по лестнице. Я спущусь вниз по лестнице или меня спустят на веревке, и я ее вытащу.” — “А получится ли, если ширина трубы 25 см?” — “Я не знаю, как это сделать. Может быть, достать проволокой или веревкой.” — “Но ведь Вы не видите на такую глубину?” — “Спичку веревкой, да, как же мне это сделать, я ее вытащу...” — “Повторите условие задачи!” — “Мне надо вытащить спичку со дна трубы длиной 50 м и шириной 25 см. Как это лучше всего сделать? Я возьму веревку и вытащу спичку. Да, вытащу ее веревкой.” — “Как Вы прикрепите спичку к веревке?” — “Не понял?” — “Как вы подцепите спичку веревкой?” — “Как я ее подцеплю? Я привяжу камешек к веревке, опущу ее, прикреплю спичку и вытащу ее”. — “А почему камешек?” — “Я не могу одну веревку опустить вниз, мне нужен камешек. Крючком я зацеплю спичку и вытащу ее. Да, крючком”. — “А как крючок зацепит спичку?” — “Этого я точно не представляю. Глубина 50 м, достать спичку, я не знаю. Лучше я спущусь вниз и достану ее. 25 см (больной показывает рукой, сколько это будет), я как раз смогу спуститься и подняться.” — “А Вы там не задохнетесь?” — “Нет, я ведь сразу же поднимусь вверх, я спущусь по лестнице или меня спустят на веревке — нет, так не пойдет, там слишком узко — или все же это единственный способ, так я вытащу спичку.” — “Другого способа нет?” — “Нет, только один способ: спуститься вниз и достать спичку.” — “Подумайте все же, нет ли другого решения.” — “Я могу поднять спичку, спустившись по веревке вниз и достав со дна спичку”. Пациент изучает инженерное дело, когда был здоров, то отличался особым дарованием.

Можно предположить, что больной неверно понял задание, если он ведет речь лишь о том, чтобы просто спуститься вниз и взять спичку. Но позже другой вопрос показал, что внимание у пациента не нарушено.

И хотя он помнит о глубине в 50 м и ширине 25 см, он снова и снова пытается игнорировать это обстоятельство. Все его предложения не учитывают этих условий. Но и в прочем эти предложения непоследовательны. Тот факт, что веревкой нельзя захватить спичку, что камешек и даже крючок, привязанные к веревке, мало чем помогут, не изменяют направление мысли больного. У него все время повторяется то же самое решение: камнем он хочет утяжелить болтающуюся веревку и крючком как инструментом достать спичку. Эти по существу правильные мысли надо было модифицировать, приспособить к ситуации, а этого не произошло. Части задачи были правильно решены, они правильно соотнесены с общим условием задачи, но отсутствуют некие промежуточные звенья, не учитываются существенные моменты — в результате растерянность, безвыходная ситуация, в конце концов пациент хочет сам спуститься вниз. Хочется сравнить данное нарушение с поведением путешественника, который не забывает, куда идет, временами старается найти верную дорогу к своей цели, но снова и снова отклоняется на промежуточные тропинки и, наконец, совсем сбивается с пути. Более, чем обычное наблюдение больных шизофренией, показывают нам вышеприведенные эксперименты, в чем заключается нарушение мышления при шизофрении. Из приведенных примеров на пословицы и басни<sup>6</sup> можно сделать вывод, что, видимо, переносный смысл, символика не могут быть поняты. Но это слишком узко. Здесь — неспособность ухватить сразу целое. Если я продумываю какую-то мысль, то ее общая направленность определяет мое отношение к фактам, расположение их, но это не просто схема, где остается, так сказать, свободное место, которое надо чем-то занять (Зельц — Selz); мы также не имеем в виду старую ассоциативную психологию, в которой первое поверхностное представление определяет выбор дальнейших представлений. То общее в процессе мышления (например, в математическом доказательстве) касается не только выбора имеющихся ассоциаций — о них лишь вспомним, — нет, это общая направленность мысли так располагает содержание этих ассоциаций, что каждое из этих содержаний послужит дальнейшему развитию специфической мыслительной функции. Берингер называет это размахом интенциональной дуги<sup>7</sup>, которая охватывает отдельные фрагменты мысли в единое целое с единой направленностью и целью. И даже если больной вначале охватывает целиком всю мысль, этот размах интенциональной дуги, то потом общая направленность ускользает от него, в зоне его внимания остается лишь часть дуги или какой-то один элемент, и больной пытается мыслить, отталкиваясь от этого одного элемента, путается и, в конце

<sup>5</sup> Берингер, Труды, 1924.

<sup>6</sup> Кеппен-Куцинский — Koerppen-Kutzinski, Клейст и другие нас в этом опередили.

<sup>7</sup> Берингер, “Нарушения мышления”, с. 90.

концов, теряется<sup>8</sup>. Часто также отсутствует тенденция снова начать думать сначала. Каждый здоровый человек, замечающий свою ошибку при решении задачи, останавливается и начинает решать ее снова. Но не больной шизофренией. Последний останавливается, он потерпел поражение, его мыслительная энергия истощилась, он несостоятелен. Говорили об ослаблении ассоциаций (Блейлер), но мне кажется этот термин неудачным. Картина болезни могла бы, конечно, служить доказательством того, что из одного воспоминания уже не так легко, быстро и уверенно выводится второе, ассоциативно связанное с первым, и это именно вследствие ослабления ассоциаций. Но можно сделать и другой вывод: что из-за ослабления ассоциаций становится возможным воспоминание других сюжетов и что, таким образом, возникают новые ассоциативные связи или оживают более древние, дальние, не такие прямые. Но даже если бы это положение оказалось справедливым (о чем позже), то речь идет не об этом механизме при шизофренических нарушениях мышления. Потому что, как нет затрудненности воспоминания отдельных фактов, так нет и особой причудливости в этих воспоминаниях; дело не в отдельных воспоминаниях и даже не в их ассоциативной взаимосвязи — нарушение в их упорядоченности, в структуре самого хода мышления. “Отсутствует характерная градация в системе мыслительной задачи”, — это выражение Генигсвальда (Hoenigswald) цитирует Берингер. Но это не имеет ничего общего с ассоциативной связью, во всяком случае, не исчерпывается ею. Другие мыслительные операции, которые мы обозначаем как понимание, оценка, выводы и т.д. сами по себе сохранены. Часто можно наблюдать, что отдельные смысловые связи совершенно корректны, нарушено только их объединение в целое более высокого порядка. Часто больной ясно осознает, что ему не удастся мыслить правильно, но, поскольку он не может правильно оформить мысль, у больного появляется растерянность или разочарование. Вначале больные осознают “субъективное расщепление”<sup>9</sup>, но не в процессе самостоятельного выполнения какой-либо задачи, а когда они должны следить за чьей-то мыслью. Ход мысли говорящего, структура его не может быть охвачена. Приведем примеры.

Больная говорит, что больше не может долго следить за мыслью говорящего. Она слышит — и не слышит. Она “зацепляется” за какую-то мысль, а докладчик продолжает говорить. А то вдруг на нее нападает принудительное размышление, и она должна давать

<sup>8</sup> Крайняя шизофреническая расщепленность: “Он меня отрицал, или как бы получше сказать, доктор? Потому, что я сказала, что газовый вентиль не закрыт? Или он закрыл заслонку в печной трубе? Или потому, что я больше съела, чем выпила? Или потому, что я пожилых люблю больше, чем молодых? Или потому, что мои родители обратились в полицию?” Эльза Коль, 16. 09. 1922 г.

<sup>9</sup> Груле, “Пациенты о себе”, с. 229.

дефиниции только что произнесенным понятиям, а эти дефиниции сами требуют дефиниций и т.д. Мышление нарушается полностью. Появляются молчаливые мыслительные войны<sup>10</sup>: “Мысли насканивают одна на другую, каждая не додумана до конца... у меня чувство крайней раздраженности... я не владею собственным мышлением. Зачастую мысли не ясны, они проходят по касательной... С основной мыслью сосуществуют побочные, они “путают карты”, нельзя прийти в мыслях к конечному результату, и это все сильнее, все идет кувырком.” — “Я думаю о чем-то одном, а рядом другая мысль, я знаю, что это второстепенная мысль, я ее чувствую, словно вдали. Бывает так, что мысль вдруг оборачивается бессмыслицей, получается алогичное соединение, бессмысленная чепуха. Я больше не могу управлять своими мыслями, они прыгают, они запутаны, мне самой смешно, как такое возможно.” — “Когда я хочу что-то вспомнить, я, при всем желании не могу выпутаться из простых вещей. Так, я, например, решила разобраться в чем-то (это была теория тепла) — напрасно. Мыслить — это что-то другое, это гонка, чувство, что твои мысли тебе не принадлежат”<sup>11</sup>. “Это не мышление, а полувидение, много разного, друг за другом, одно быстро сменяется другим. Мысли то быстро уплывают, то, наоборот, замедленны — это, словно машина, застрявшая в снегу: мотор продолжает работать, а колеса крутятся на одном месте. Раньше у меня было твердое мышление, а теперь полная противоположность... Раньше мои мысли были законченными, теперь я никак не могу их закончить”<sup>12</sup>.

Отсутствует “определенный минимум упорядоченности в мышлении”, существует “подавление высшей внимательности”<sup>13</sup>. “Часто всплывают неожиданные выводы, не к ним была направлена мысль”; у больного “не хватает subtilности слов”, “представления в определенной степени затемнены, я в определенной мере запинаюсь”, “я продумываю нижние мысли, а не верхние. Мое душевное поле в тумане.” — “Я не в состоянии сосредоточиться и до конца продумать мысль”. — “Часто так бывает, я думаю — и вдруг мысли пропадают. Вот, я думаю о чем-то — и вдруг мысли ускользают. Я не могу дорисовать в мыслях картинку, приходит другая мысль, не подходящая к предыдущей. Это специфическое ощущение, это деятельность, но не активная, а пассивная, ты не можешь делать то, что хочешь. Если я хочу что-то сказать, развить какую-то мысль, я замечаю, что не могу этого сделать”. — “В общем, мне надо очень интенсивно думать, иначе мысли расползутся...Иногда мысли останавливаются. Вдруг приходит мысль, на-

<sup>10</sup> Груле, “Пациенты о себе”, с. 229.

<sup>11</sup> Берингер, “Нарушения мышления”, 1926, 187.

<sup>12</sup> Берингер “Нарушения мышления”, 1926, 189.

<sup>13</sup> 3-12 Берце, “Неполноценность”, случаи I, II, IV, V, VII, X, XI, XIIb, XIII, XIIg.

плывает на другую и застревает в ней, застревает, словно в тягучей массе... В настоящий момент мое мышление затруднено, оно, как под покрывалом.” — “Переключающиеся мысли” — “Сражающиеся мысли”.

“Чем больше я концентрируюсь на этих вторичных мыслях, тем запутаннее и глупее получается... Вторичные мысли могут исчезать под натиском главных мыслей, а потом опять проявляться.” — “Скачкообразное мышление без связи.” — “У меня нет правильной функции мозга, внутреннего огонька. Нет инициативности... Нет прежней подвижности... Меня покидает чистый разумный смысл. Мысль, запутавшись, пропадает в пустоте. Блокировки препятствуют течению мысли.” — “Если бы у меня было лучше с головой... Такое впечатление, будто у меня там тысячи струн, звучащих наперебой в разных тональностях, и ни минуты покоя. Хоть бы моя голова разучилась думать, она переполнена думанием. Моя душа путешествует по далеким землям моей юности”. (Августа Курбель, 08/75)

Возникает вопрос, отличается ли это нарушение мышления при шизофрении от прочих нарушений мыслительных процессов (Бюргер). Ближе всего находится сравнение со спутанностью (*Verwirrtheit*). Когда мы говорим (в обычной жизни) о том, что мы “в замешательстве”, “запутались”? Чаще всего, наверное, в состоянии аффекта, когда мы, например, от неожиданности вдруг что-то высказываем, что, хотя и соответствует нашим взглядам, но что мы в обычном состоянии ни за что бы не высказали. “Я понять не могу, как это у меня вырвалось, я был сбит с толку”. При этом мы имеем в виду, что мы не учитывали всю ситуацию, не думали, насколько наше высказывание может повредить нам, или не понимали, какую обиду наносим собеседнику своим высказыванием и т.п. — словом, мы под влиянием аффекта выпустили определенные моменты из поля зрения, которые, являясь частями мыслительного процесса, воспрепятствовали бы выражению определенных мыслей вслух. Это характерно для замешательства в ситуации, которой надо овладеть, характерно для рассеянности, для недостаточной включенности в реальную ситуацию. Но это отсутствие включенности — не собственно мнестическое, не неспособность вспомнить, а нежелание в данный момент включиться в ситуацию. Если я не могу что-то вспомнить, это значит, что я обращаюсь мысленно к данному объекту, но содержание его я не вспоминаю (амнезия). В момент же неожиданной ситуации я не могу сразу вспомнить нужное слово и т.д., оно не всплывает само, как этого можно было бы ожидать вне ситуации аффекта. В первом случае отсутствует направленное содержание воспоминания, во втором случае — толчок к воспоминанию. “Мнестическая спутанность” *sensu strictiori*, напротив, имеет место при сенильном слабоумии, где больной во время процесса мышления или действия забывает начало, исходный момент и потому в растерянности зами-

рает. Следующая форма замешательства наблюдается при недостаточной обработке воспринимаемых образов, реальных или галлюцинаторных. Содержание отдельных восприятий вдруг получает особую значимость и самостоятельность. Пролетевшая птичка, случайно замеченная, получает особый смысл (например, у больного с температурой): “Разве я в вольере для птиц?” Или друг, действительно вошедший в комнату, напоминает больному Рихарда Вагнера: “Что за глупости, откуда тут Рихард Вагнер?” У больного слуховая галлюцинация, “голос” приказывает: “Поезжай в Америку?” Больной реагирует: “Разве я в эмиграционном агентстве?”. Обобщим: внезапно появившийся образ настолько овладевает мыслями и представлениями больного, что отсюда возникает неверная трактовка ситуации и спутанность. Такой образ не просто лишь возникает вследствие какого-либо “ослабления”, он не просто существует: этот образ порождает психическое воздействие на оценки и т.п. (апперцептивная спутанность или галлюцинаторная спутанность). Наиболее выраженная спутанность появляется при такой форме, где отдельные образы-содержания, корректные сами по себе, соединяются друг с другом в необычной последовательности. Два связанных между собой смысловых момента могут в голове больного никак не связываться: страдающий делирием обнажается на чужой лужайке, хотя он знает, что эта лужайка — чужая. Иногда, напротив, больной выстраивает смысловые связи между предметами, не имеющими в действительности ничего общего: паралитик старательно кладет нож в суповую тарелку, хотя он отлично понимает, что такое нож и что такое суповая тарелка. Или другой пример: женщина разводит огонь на полу рядом с камином и на замечания людей отвечает: “Почему бы мне разок не развести огонь рядом с камином?” В чисто мыслительной области процессы протекают так же, многие смысловые связи между вещами не улавливаются, но устанавливаются бессмысленные связи — получается полный хаос. Итак, важным пунктом здесь является не отсутствие смысловых связей или их возникновение, а нарушение смысловых связей между явлениями (спутанность связей, структурная спутанность). Для несведущего человека спутанность — один из главных признаков опьянения, поэтому в бытовой лексике есть такие слова, как “пьяный от радости”, “пьяный со сна”. В действительности же человек, внезапно разбуженный, немного растерян, здесь речь идет об апперцептивной спутанности. А если понаблюдать за собой, когда засыпаем, то можно заметить, как постепенно включается процесс, который называют работой сна (*Traumarbeit*). Мысль соединяет разнородные элементы, путается, ускользает. Связи поверхностны и порой неоднозначны: пресс-папье на письменном столе видится одновременно и как пресс-папье, и как качели (слияние, сгущение), коробочка кажется в то же время урной, и поскольку один

такой объект приложения мысли порождает одновременно две мыслительные ассоциации, происходят редкие спутанные соединения: “В урне — пепел моего кремированного тела, а качели-пресс-папье, качаясь, играют траурный марш.” В данном случае возникла спутанность. Когда же сон проходит, то человек мало что может сказать обо всем этом. Когда вспоминают свой сон, а это воспоминание выражают словами, то этот сон подвергается уже сильной духовной переработке (ассимиляции). Маловероятно<sup>14</sup>, что сон вообще возможно так описать, как он разыгрывался. (СНОСКА: Как и почти невозможно передать полностью запутанный ход мысли или так называемую языковую спутанность (Sprachverwirrtheit). Надо иметь механическую память диктофона, чтобы это сделать. Разве что у ребенка может быть такая память. Мы, взрослые, не можем обойтись без переработки, анализа, оформления. А там, где невозможно оформление воспроизводимого материала, мы его все же воспроизводим в искаженном виде или останавливаемся в растерянности). Мышление во сне — определенно мышление спутанное, но род этой спутанности остается при более тщательном исследовании невыясненным.

Не было бы необходимости детальнее останавливаться на проблемах сна, если бы не было большой схожести со спутанностью при шизофрении; в особенности отмечается сходство языка сновидений с шизофренической языковой спутанностью. О языке речь пойдет позже. Ни в коем случае нельзя оспаривать мнение, что между некоторыми механизмами сновидений и шизофреническими сгущениями, амбивалентностью есть сходство, но сходство это мне не представляется существенным. Может быть, в некоторых случаях сгущений сна (Traumverdichtungen) речь идет, действительно, об определенном рода сгущениях или слияниях — так, как, например, фантазия художника создала кентавра или так, как были созданы некоторые сказочные образы. При двуликости, даже многоликости какого-либо предмета многозначность его предстает для шизофреника более в переносном смысле, так, как, например, Наполеон одновременно является персонификацией героя, врага Отечества, изверга, гения и т.д. В сновидении намного меньше символического, чем у шизофреника. Сновидение гораздо более (во сне) действительность, жизнь или миф; шизофреническое же мышление более аллегория, сказка. Об этом еще пойдет речь в главе о бреде<sup>15</sup>. Во всяком случае, мне кажется, было бы поверхностным просто отождествлять механизмы сновидений с шизофреническими. В последнее время про-

водят параллель скорее со стадиями, предшествующими сну, с мышлением в просоне (Einschlafdenken), чем со сном. Карл Шнайдер занимается этим вопросом в своей работе, находящейся в настоящее время в печати. Он выделяет беглое, нечеткое, ненавязчивое в содержаниях образов. Согласно Шнайдеру, засыпающий не проводит структурирования, зато здесь множество слияний, т.е. соединений разнородных образов в единство, лишённое всякого смысла. Карл Шнайдер, рассматривая нарушения мышления при шизофрении, уподобляет их процессам, происходящим при засыпании: примитивные ряды (бессмысленное повторение или удвоение отдельных образов), контаминация, субституция, слияние, пошаговый охват, примитивная формулировка, пустословие, соскальзывание. В действительности все эти нарушения мышления встречаются при шизофрении, и наша задача состоит в том, чтобы свести их к одной наиболее простой функции. Работа Шнайдера внесет, по-видимому, значительный вклад в освещение данного вопроса.

Следует отличать спутанность от запутанности. Последняя — явление чисто внешнее, оно — результат неумелого выражения ясных мыслей<sup>16</sup>. Общее у спутанности и помрачения сознания имеется лишь постольку, поскольку помрачение сознания может давать спутанность, но спутанность, разумеется, встречается и самостоятельно, без помрачения сознания. Таким образом, оба понятия не перекрывают друг друга.

Если представим себе еще раз — в противовес описанной здесь спутанности — шизофреническое нарушение, то, действительно, заметим некоторое сходство. Без сомнения, у шизофреников отсутствуют иногда важные ассоциации, без сомнения, у них иногда “свободно” возникают определенные представления (например, бредовые идеи) такой интенсивности и с таким чувством, что больной зацепляется за них и, таким образом, теряет ход мысли; без сомнения, больной улавливает частные связи между явлениями правильно, но общей картины не выстраивается. Налицо как признаки апперцептивной, так и структурной спутанности, в то время как мнестическая форма едва дает себя знать. Если и приходится признать, что шизофреническому нарушению мышления не хватает одного патогностического признака, то различия налицо. В спутанности паралитика обращает на себя внимание часто встречающееся отсутствие системы в его нарушении. Он не справляется с простейшими арифметическими задачками ( $17 - 9 = 6$ ), он совершает бессмысленные действия, однако, в следующий момент бежит от полиции с поразительной изобретательностью или удивляет окружающих тонкими высказываниями. Он непредсказуем. Шизофреник же в своем мыслительном нарушении, если

<sup>14</sup> В противоположность мнению многих авторов.

<sup>15</sup> Я совершенно не согласен с мнением Фрейда, что большинство отражают желания субъекта. Разумеется, в сновидениях, где все встречается, встречаются и желания. — Майер-Гросс — Mayer-Gross, 98.

<sup>16</sup> Мы позже коснемся связи мышления и языка.



отсутствует грубая симптоматика, более регулярен; здесь создается впечатление, что и нарушение-то это почти по правилам создано. Он по отношению к своему нарушению более объективен, наблюдателен, почти что критичен. Апперцептивный фактор приобретает, как правило, тогда большее значение, когда присоединяются прочие нарушения, как-то: свежие галлюцинации, волнение, бред. Чистое нарушение мышления при шизофрении характеризуется более всего отсутствием целостной картины, недостаточностью мыслительного овладения ситуацией, недостаточным размахом интенциональной дуги, о которой говорилось ранее. Здесь имеет место, если можно так выразиться, своего рода хроническое замешательство, озадаченность, несообразительность и т.п.

Учитывая близкую связь между мышлением и речью, было бы удивительно, если бы нарушение мышления не нашло своего отражения в языке. Эта в высшей степени интересная и мало проработанная тема языковых нарушений не может быть затронута в данной работе. Мы коснемся лишь строго относящегося к нашей теме. Если принять примат мысли, то можно сделать вывод, что нарушение, о котором говорилось ранее, целиком касается мысли. Действительно, можно заметить, что мы, здоровые, если теряемся в ситуациях, о которых шла речь выше, то вовсе не выражаем свою растерянность словоформами, построением предложений и т.п. С другой стороны, безусловно, случается, что человек, сбившийся с мысли, выражает это своей речью: оратор, потерявший нить мысли, начинает повторяться, запинаться, говорить неполными предложениями, сбиваться с грамматических конструкций и т.д. Даже многие формы обычных оговорок основаны, как известно, на том, что одновременно две мысли смешиваются и при формулировке получается языковой монстр, состоящий из компонентов обеих мыслей. В действительности может, конечно, легкая языковая аномалия шизофрении базироваться на механизме нарушенного мышления (Сегла: Дизлогии). К сожалению, мне до сих пор не удалось отыскать подходящие примеры<sup>17</sup>.

Но вспомним случай с задачей о спичке в трубе, там встречаются незаконченные предложения, это как раз по нашей теме. Например, “я могу эту спичку, если я ее...”. “Я ее достану, когда я, когда я...” (растерянность). Иногда оговорки свидетельствуют об остановке мысли: “Я возьму камень, к которому привяжу камень и опущу вниз.” Наконец, сюда относятся и некоторые необычные слова-новообразования. Здоровый тоже может иногда прибегнуть к необычному слову для яркости, может быть, специально его подыскивая. А, может быть, такое слово само “выскакивает

момент”. И этот “момент” может быть как раз обусловлен шизофреническим нарушением, как это было в нашем примере с поговоркой “Гордость и высокомерие — плоды одного дерева”. Человек с высоко поднятой головой и кажущийся от этого выше ростом обозначен нашим пациентом как “вытягиваться-способный”. Но имеются, определено, и такие новообразованные слова и обороты речи, которые будем рассматривать позже в главе “Странности” (Verschrobenheit) и которые не имеют с нарушениями мышления ничего общего, если трактовать этот термин узко.

Итак, небольшие языковые аномалии, о которых шла речь, являются вторичными. Мне приходилось наблюдать значительное число больных, не имевших ощутимых мыслительных нарушений и не имевших значительных странностей, однако эти больные имели трудности с выражением мыслей в словах. Это, конечно, начальная стадия такого нарушения, которое ведет впоследствии к выраженной языковой спутанности (об этом писал уже Бросиус — Brosius, 1857 Brosius, 1857 г.) Этот интереснейший феномен можно рассматривать с различных точек зрения. Вполне возможно, что нарушение мышления проявляется не раньше, чем мысль формулируется в словах. Но этому предположению противоречит тот факт, что некоторые больные шизофренией не выказывают ни малейших мыслительных или языковых нарушений до тех пор, пока не затронут определенный комплекс. К таким случаям относится пример Августа Клотца, описанный Принцхорном (Prinzhorn) в его описаниях душевнобольных. В определенных ситуациях больной выдает полную речевую запутанность, словно в нем уживаются две личности; он рисует, и на оборотной стороне своих многочисленных красивых рисунков пишет бессмысленные предложения, мы их позже процитируем. Создается впечатление, что этот больной говорит на своем языке “по своему желанию”, подобно тому, как мы, здоровые люди, прибегаем к иностранным словам, когда этого захотим. Можно предположить, что больной с языковой спутанностью говорит на своем придуманном языке, своего рода тайном языке, когда речь идет об особо важных вещах, близких его душе. Это очень похоже на то, как дети порой общаются между собой на придуманном ими языке (например, язык горошинок). Но этому довольно распространенному предположению противоречит тот факт, что такие больные охотно общаются и вовсе не замыкаются, если речь не касается их бредовых концепций. Для чего им тайный язык?<sup>18</sup> Я знаю,

<sup>17</sup> Пример Карла Шнайдера. “В России были окна из выпитого жира”. Автор считал это контаминацией, однако здесь имеет место не нарушение мышления, а неудачная формулировка.

<sup>18</sup> Мне доподлинно известно, что именно с “присоединением” бредовой концепции очень часто наступает именно языковая спутанность. Однако мне кажется, что причины этого не рациональные, а аффективные. Так бывает с некоторыми людьми: когда они начинают цитировать какое-то место из Библии, они приобретают торжественные интонации, хотя сами этого и не осознают.

что у яростного защитника этого мнения уже готов ответ: то, что параноик рассказывает о своей бредовой концепции, причем рассказывает нормально, в доступной форме, является вторичным и несущественным, таким образом он хочет лишь успокоить и одновременно ввести в заблуждение исследователя. Истинное содержание, самую суть своей бредовой идеи он не откроет, напротив, он ее еще глубже скроет за своей языковой спутанностью. Мне лично эта теория кажется искусственной и произвольной. Если мое предположение верно, что больной шизофренией выбирает по своему усмотрению то обычный язык, то спутанный, тогда открытым остается вопрос, для чего ему вообще нужны два языка. Я полагаю, что многообразие шизофренической симптоматики заставляет больного искать адекватное выражение для нее как в эмоциональном, так и в описательном смысле. Обычного языка не хватает, чтобы описать необычные переживания больного, и он использует новый язык, если мы не будем настаивать на отказе от такого.

Случай<sup>19</sup> Августа Клотца (шизофренический исход): “Молитва выглядит, как мавр, как русалка, как тунец, как лебедь в небе” — союз священников — союз юношей — союз общения: “женская верность” имеет закат, как господин Дигель-Ландерер: должны ли мы держать выставку домино-чечевичного стиля с волчанко-марсово-красной краской — волчанка — красный цвет: красный, как рак или волчанко-раковые болезни селезенки кислородно-лесной паутины: “что ползет в кустах туда-сюда и клеится, как гуммиарабика?” И так многие страницы, и все это на обратной стороне листков с рисунками, причем рисунки никак не соотносятся с написанным текстом (14.03.1923 г. Дом инвалидов в Вейнсберге. Тексты написаны топорливо, но правильно и ровным почерком.)

Было предпринято множество попыток анализа такого языка и письма (Пфердсдорф, Шильдер-Сугар). Но что может дать анализ? Если брать за основу смысл, содержание слов, то здесь встречаются они в обычных и необычных сочетаниях: то соединенными по смыслу, то без определенного смысла. Если рассматривать отдельные слова, то встречаются такие, где искажены только две буквы, или такие, где одна буква заменена на иноязычную. Встречаются также неологизмы, непохожие ни на одно слово нашего языка<sup>20</sup>, например, ибам, сириш, могогель, ампров и т.д.<sup>21</sup> Смысл таких слов иногда сохраняется полжизни, а

иногда ежеминутно меняется. Иногда встречаются только отдельные искаженные слова-новообразования, иногда во множестве, а порой можно услышать или прочитать хаотическое нагромождение отдельных слогов или слов, среди которых лишь иногда проскальзывает что-то знакомое. Иногда создание таких слогов удивительно вариативно, но большей частью встречаются регулярно повторяющиеся слоги и слова. Порой здесь виден определенный ритм, но иногда и этого нет. Иногда знакомые слова приобретают незнакомый смысл или наоборот, новые слова употребляются в значении знакомых. Связь между словами в предложении то правильная, то вдруг отсутствуют падежные окончания у склоняемых частей речи и т.п. Иногда больной говорит или пишет телеграфным стилем, иногда, наоборот, его речь пестрит союзами. Больной то хочет сократить свою речь, то говорит вычурно с нескончаемыми придаточными предложениями, в которых сам путается. Словом, здесь встречаются всевозможнейшие аномалии. Не вижу смысла приводить в какую-либо систему это многообразие, разве что ограничиться филологической классификацией этих нарушений. Уже говорилось о том, что больной шизофренией использует новую языковую форму потому, что прежний нормальный язык не отражает его нового видения мира и его переживаний, в особенности, если речь идет не о повседневных вещах, а о его мире. Это похоже на душевное настроение медиума, который в состоянии религиозного экстаза отказывается от привычного языка повседневной жизни<sup>22</sup>. Но этот факт не помогает понять, почему больной выбирает именно эту форму измененного языка. Мы, наверное, хотим невозможного. Так же невозможно просить объяснить верующего, почему он в состоянии экстаза произносит именно шуа за оши биро ти ра пеа, а другой произносит астанэ эсенале поуце мэна. Причина того, что в первом случае нам слышатся латинские, а в другом французские слоги — в происхождении медиумов: в первом случае это немецкий священник, во втором — жительница французской Швейцарии. Но эти соображения нам так же мало дают, как, если бы мы стали сравнивать лепет двух младенцев. Язык является в нашем случае средством для выражения себя в моторике, так же, как при глоссолалии больной хочет не выразить что-то при помощи моторики, а лишь услышать себя самого<sup>23</sup>. Но для общения, сообщения какой-то информации

<sup>19</sup> Во всех учебниках описаны случаи подобной языковой спутанности, поэтому здесь приведены лишь немногие. С большой вероятностью можно утверждать, что в приводимых нами случаях содержатся бредовые идеи, но мы хотим обратить внимание не на содержание, а на форму высказывания.

<sup>20</sup> Следует отметить, что некоторые из этих слов раньше были “нормальными” словами, хотя и большей частью с измененным значением, но с развитием психоза были изменены, сокращены, и теперь уже не узнать в них первоначального слова. То же самое и с двигательными стереотипиями.

<sup>21</sup> Примеры взяты из собственной практики.

<sup>22</sup> См. Груле, “Психология аномального”, с. 61.

<sup>23</sup> Ср. пугливый ребенок, проходя по темному лесу, громко поет.

язык шизофреников не годен. (Не будем обсуждать формальное возражение, что, в таком случае, этот язык языком не является.) Сам больной шизофренией это хорошо понимает<sup>24</sup>.

Различают несколько стадий истинной глоссолалии. Первая стадия: человек, охваченный экстазом, говорит патетически, употребляя возвышенные поэтические обороты речи, что не характерно для него в обыденной жизни. Вторая стадия: человек начинает говорить на иностранных языках (т.е. употребляет отдельные элементы иностранного языка без синтаксической связи). И, наконец, человек лепечет что-то непонятное на своем, им выдуманном, объективно бессмысленном “языке”<sup>25</sup>. Все три стадии встречаются и при шизофрении. Я давно знал об этой внутренней параллели и с удивлением обнаружил, что романские авторы (Delacroix, Janet, Teulie, Tanzi, Ce'nac) употребляют для обозначения языка шизофреников как раз термин “глоссолалия”<sup>26</sup>. Танзи пишет о том, что шизофреник является *avido, di un simbolo verbale che arraghi la sua fede confuse* (итал.); он берет первый попавшийся фонетический тон e la eleva al grado di spicgazione. Телье указывает на то, что некоторые больные выражают мысли нормально, пока отвечают на вопросы врача, но стоит им лишь начать говорить по собственной инициативе, как они начинают употреблять “неологизмы”. Другие больные используют “новый” язык только тогда, когда дело касается их бредовых концепций (аффект). Нерешенным остается вопрос, действительно ли, как полагает Телье, используется глоссолалия *incoscient et involontaire*. Разумеется, в язык включается и ранее описанный автоматизм. Выражение “язык по выбору” не является удачным для случаев шизофрении с нарушением Я-концепции.

“Добрый день, чудеснейший господин профессор, замечательнейший высокоблагороднейший господин!” (Пациент получил от своего врача-женщины маленький подарок.) “Чем же вы отблагодарите доктора?” — “Я думаю подарить чудесной нежной фее чудесное коричневое шелковое платье”. — “Почему Вы так вычурно выражаетесь?” — “Иногда так само получается, что-то своеобразное, дробное, праздное вплетается в мое повествование, не знаю, откуда это

<sup>24</sup> Уже в 1856 г. Мартини — Martini — сообщил о “новом” языке душевнобольных, при помощи которого они пытаются выразить высшую степень восторга или различные эмоциональные состояния. При этом мимика больных отражает смену различных душевных состояний. Это своего рода песнь без слов, игра непосредственно чувств, не выраженных словами. Снель — Snell — сообщает в 1852 г. “Об измененной речи и образовании новых слов при помешательстве”.

<sup>25</sup> См. Груле “Психология аномального”, с. 61.

<sup>26</sup> Термин “глоссолалия” был впервые введен в психопатологию ученым Флуорной — Flournoy, а Мэдэр — Maeder — перенес его в область шизофрении.

берется.” — “А почему чудесный профессор?” — “Это нежно и глубоко. Надо попытаться закрепить страницу, это много значит... Эти слова сами вылетают, я по своей воле говорю намного короче.” (Вейдериш, 07/186)

Одна больная шизофренией в состоянии исхода (Гейдельбергская клиника) при одобрении врача, принявшего в ней особое участие, написала большое количество стихов. Некоторые из них представляют собой бессмысленный набор слов или показывают перечисления со скудной рифмой, другие же более содержательны<sup>27</sup>.

*Стихи — молитвы*

Стихи-молитвы суть забвения,  
рефрены они, вечерни и литании.  
Стихи-молитвы многочисленны,  
Не выйти из забора слов.

*Воскресенье*

Воскресенье знают греки, римляне, французы.  
В воскресенье правят немцы, испанцы и португальцы.  
Воскресенье освобождает ратушу и бургомистра  
Воскресенье — музыка и пестрые украшения,  
Воскресенье показывает зверей, птиц и попугаев.  
Воскресенье вечно, так как считает дни.

*Семейные стихи*

Вилли, Ингеборг и Ильзе,  
Фредерика, Эрни, Изабелла,  
Марта, Себастьян и Маргарита,  
Они — *petits chevaux* принцессы Вильгельмины.

*Звериный жар*

Звериный жар людей хватает ловко,  
Он узы рвет, уносит быстро прочь,  
За пару дней все чистит-удаляет,  
Зверям известен этот жар.

Так пишет тигр,  
Летит орел,  
Вздываются *Corbeaux*,  
Так белки щелкают.  
Освобождается, летит звериный жар.

*Из катакомб*

Катакомбы белые и черные  
Высшая краса монастыря.  
Многому там учат скоро,  
Сандалии скользят туда-сюда.

(Луиза Лебрун, 06/33)

Я был знаком с психиатрами, не видевшими ничего в этих стихах, кроме всем известных словесных странностей и начинающейся языковой спутанности, и я знал дилетантов, тронутых формой стиха. Особое настроение шизофреников, то продуктивное, что вре-

<sup>27</sup> Другие примеры см. Груле, “Психология аномального”, с. 119.

менами возникает при общем шизофреническом настрое, кажется, в действительности нашло свое выражение в этих опусах так же, как и в некоторых произведениях изобразительного искусства шизофренических авторов. (Принцхорн). Эти стихи, насколько вообще можно ощутить специфическую ценность поэтического стиха шизофреников на строках и между строк, эти стихи говорят сами за себя и против воззрений Клейста на язык шизофреников<sup>28</sup>. С уверенностью говорю, в их произведениях кроется не какая-то неопределенная демоническая сила, притягивающая читателей. Если бы психолог-литературовед исследовал сильное поэтическое воздействие произведений больного Гельдерлина (Hoelderlin), язык Лангбена (Langbehn), если северянин возьмется исследовать определенные произведения Стриндберга, то теория психологии шизофрении будет в определенной мере дополнена. Некоторые культуроведы уже поняли, что неумно было бы ограничивать компетенции, а надо дать возможность исследования тем, кто в этом разбирается. Мебиус (Moebius) плохо в этом разобрался, Ясперс — хорошо.

В вышеописанных случаях виден переход к языкотворчеству, которое нельзя признать просто спутанным или запутанным и которое неверно обозначают “минус-функцией”, в то время как следовало бы считать это “другой” функцией. Ранее было слишком резко определено, что нарушение мышления находит свое выражение в языковом нарушении. Следует однако вспомнить, что у шизофреника другое мышление: более детальное, более концентрированное, возможно со смещением, субституцией, контаминацией (Карл Шнайдер). Было бы удивительно, если бы этому другому мышлению не соответствовал другой язык, но не в смысле экспрессии, как при глоссолалии, а в своей описательной функции. Если я по-другому думаю, я и говорю по-другому, я говорю другое, и это другое нельзя обозначать как нарушение. Я приведу несколько примеров, позаимствованных у Карла Шнайдера. “Эта бестолковая Мина сделала наш дом почти что крепостью Вартбург”, “Я бы с радостью таскала ведра с водой и так развивала бы свою душу как христианка”. Я не согласен со Шнайдером, нашедшим в этих высказываниях языковую спутанность. Эти фразы не кажутся мне ни спутанными, ни запутанными, ни бессмысленными. Напротив, они представляются мне разумными, правда, несколько странными. Вот пример Мэтте (с. 12): “Подготовка к политической зрелости и меткости вследствие достигнутых целей должна представлять собой главную причину пребывания в Берлине.” Мэтте отмечает в дан-

<sup>28</sup> Имело бы смысл изучить произведения шизофренических поэтов и писателей, задавшись целью проанализировать, насколько сила воздействия их произведений на публику определяется именно их заболеванием, а не их нормой, как полагает Арвед Пфайфер.

ном примере тенденцию к лаконичности, обоснованности, детальной детерминированности, конкретизации, законченности и объективности, оценивая эти качества как положительные. Я могу лишь согласиться с этим исследователем и приветствовать его попытку — замечу, первую попытку — увидеть нечто ценное в слого шизофреника.

Французские авторы детально занимались проблемой языка шизофреников. Телье различает языковые неологизмы в плане синтаксиса и лексики. Если обе формы встречаются одновременно, то получается истинная глоссолалия. Ценак (Ce'nac) выделяет глоссоматию (Glossomanie): рифмы и игру слогов (как выражение общего возбуждения, ментального автоматизма — *automatisme mental*). Исследователи не придают большого значения некоторым различиям в оценке этой проблемы. Так, Ценак считает истинную глоссолалию новым языком, Телье определяет ее лишь как жаргон. Глоссолалию можно считать и языковой стереотипией (Лефевр — *Lefe'vere*). Телье сообщает о случаях, когда языковая аномалия начинается с некоторых особенностей, странностей. Так, один больной постоянно употребляет “посредством” в значении творительного падежа, причины, источника сообщения; вместо “Моя кухня плохо себя вела” — “Моя кухня вела себя по-нехорошему”, вместо “Мою мать разбил паралич” — “Моя мать проживает в параличе”.

Следующая стадия — употребление непонятных (но вовсе не бессмысленных вследствие этого) предположений. “Он ответил по первому впечатлению от этого человека: “Мы знатные, древнего рода, но воспользоваться этим можем только посредством учреждения.” “Посредством ее племянницы мы отталкиваем наше исчезновение”. Наконец, встречаются настоящие переводы, т.е. регулярно встречающиеся слова с другим смыслом: *kabilier=finir* (заканчивать); *kabilie=finiti*; *kabil=fini*.

И, наконец, французские авторы приводят примеры образования совершенно новых слов, значение которых не удается “вычислить”: *kordobe'ne'*, *deserato-me'*, *strakabil*.

Другая теория о языке шизофреников утверждает, что здесь речь идет о псевдо-спонтанных выражениях, в действительности же имеет место какое-то органическое “давление”. Согласно этой теории, язык шизофреников рассматривается как языковое нарушение, сравнимое с прочими языковыми нарушениями. Мне эта параллель представляется неудачной уже потому, что человек с действительным языковым нарушением хочет сказать по-другому, но не может. Нетерпение, встречающееся у больных с различными афазиями или при параличе языка, а также некоторые другие черты их поведения свидетельствуют о том, что они осознают свой дефект, свою несостоятельность. Конечно, бывают большие-органики, которые вряд ли осознают свой дефект, или некоторые парали-

тики с рудиментами речи. Но большая часть таких больных слабоумны и по этой причине не сравнимы с шизофрениками. Но я не разу не встречал шизофреника, высказывающего какое-либо нетерпение или отчаяние при проговаривании своей тарабарщины, если окружающие его не понимали<sup>29</sup>. Шизофреник со спутанностью языка похож со своими непонятными выражениями скорее на человека, действительно говорящего на “иностранном” языке. Одна такая больная охотно объясняла врачу слова своего языка. Так, слово “причастие” — “Kommunion” в переводе больной шизофренией означает “как-то имел корову” — “gehabt moggel mals ein”:

ko=gho=geho= (диалект.) имел,  
mu=“Muh”=корова, на диалекте moggel,  
ni=часто перед mals (niemals)=mals=разок,  
op=франц.”un”=один раз.

А вот неологизм “le Komlarah”=врач. Почему так? Больная рассказывает: в деревне болела одна женщина, никто не мог ей помочь. Вдруг женщина видит: из-за угла выходит врач. Она крикнула ему на диалекте: “Зайди ка!” (“Komn mal ran!”). Из этого выражения получилось le Komlarah. А в Оденвальде, где немного другой говор, это будет звучать как le Kimlarah. Так объясняет эта больная, объясняет спокойно и осознанно, с правильным построением предложений и понятно. Трудно, наверно, согласиться с Клейстом (Kleist) и полагать здесь сенсорно-афазическое нарушение?

Как бы ни были велики сомнения относительно “органического” характера языка шизофреников, стоит изучить и эту позицию, разработанную Клейстом. В соответствии с этой точкой зрения, мы имеем дело с: 1) мнестическим нарушением, потерей речемоторных следов воспоминаний (sprachmotorische Erinnerungsspuren) и 2) раскоординированием языкового отказа (Inkoordination der sprachlichen Entaeusserung). В первую очередь нарушены звуковые сочетания и структура слова. Больные страдают невозможностью произнести отдельные звуки (из практики Клейста: с, ш, ц, р, п; у Адольфа Шнайдера — Adolf Schneider — к, ц, с). Больные якобы не могли произнести эти звуки, это апраксия звукообразования, и здесь четко прослеживаются связи с моторной афазией. Я лично придерживаюсь противоположной точки зрения и решительно отрицаю “невозможность”: я предполагаю здесь игру, “желание жить по-другому” (anders Wollen). Об этом будет сказано в главе о странностях. Таким образом, если кто-то в один прекрасный день избрет не немецкую, а латинскую орфографию, это еще не будет означать, что по-немецки он писать не может, хотя с годами ему, может быть, станет труднее писать. Если шизофреник говорит “бабочка бабочит”, вместо “бабочка порхает”, то в этом нет ни малейшей

афазии; больной, пошутив, искажил слово “порхает”, превратив слово “бабочка” в глагол. (Прим. перев.: Немецкое слово “porhaet” звучит как “flattert”. Если чуть-чуть переставить звуки, получится “faltert” — “бабочит” от “Falter” — “бабочка”). Клейст полагает, что новые словообразования (специально для бредовых концепций) являются парафазиями; я не вижу ни малейшего повода для такого предположения. Я считаю вопреки вышеупомянутым глубоким соображениям, что причиной к образованию неологизмов является игра слов, рифмы и прочие чудачества. Только шизофренику может прийти в голову мысль путем непростых ассоциаций разглядеть в “Аполлоне” (“Apollo”) “бесполосного” (“pol-los”). Можно проанализировать множество случаев такого словообразования (Тучек — Tuczek). Стоит вспомнить, что подобное встречается и у здоровых людей:

\* музыкальный, декламаторский — получается “музыкаторский”;

\* пораженный (наполовину удивленный) — получается “подивленный”;

\* “Он стреляный воробей” и “Он тертый калач” — получается “Он стреляный калач” (Мерингер-Майер, Шпитцер — Meringer-Mayer, Spitzer).

Но если здоровый человек в последний момент спохватывается, то он не допускает такого смешения. Шизофреник, напротив, имеет тенденцию смаковать такую лингвистическую игру, искать такие возможности. И среди здоровых образованных людей немало таких, которые пользуются языковым материалом по своему усмотрению. К этому особенно склонен еврейский моторный тип (acroфонические перестановки, игра слов и т.п.). У меня есть знакомый, который, когда он в хорошем настроении, использует в своей речи такие шутки, но только если они исполнены смыслом и подходят к ситуации. А если общий ход разговора не располагает к таким шуткам, он подавляет, хотя и с трудом, желание поиграть словами (вспомним язык и стиль Симмеля — Simmel). Ну, а если мой знакомый устал, тут уж у него с языка срываются нескончаемые трудно переносимые каламбуры<sup>30</sup>.

По поводу внешнего сходства с языком сновидений было много сказано.

Вторым пунктом среди шизофренических нарушений языка является словарь и выбор слов больными (Клейст). Здесь речь идет не о собственно словарных выпадениях (Wortervergessenheit), а о все же имеющихся трудностях в подборе нужного слова, что ведет к описаниям (лестница — необходимая часть, соединяющая этажи в доме). Наряду с этим обнаруживается оскудение словаря и расширение применения отдельных излюбленных выражений. Существует и противоположная теория: об обеднении словаря у шизофреников речь может идти лишь настолько, на-

<sup>29</sup> Глоссололик также далек от нетерпения.

<sup>30</sup> Больше об этом будет сказано в главе о странностях.

сколько это случается среди молодежи, когда какое-либо модное словечко употребляется к месту и не к месту вместо множества других слов. Что касается описаний, то они будут рассматриваться в главе о странностях, языковых шутках. Это не дефект, а “желание жить по-другому”.

К третьей категории относятся нарушения порядка слов, синтаксиса, что сравнимо с аграмматизмом и параграмматизмом. Пример Клейста — Шнайдера наглядно демонстрирует первое нарушение: “Поскольку сегодня дневным санитаром постоянно кроме пищи выдавались приказы назначать непорядок.” Здесь имеет место упрощение языка: отсутствие частиц и союзов. В качестве примера на параграмматизм приведем следующее предложение из того же источника: “Мы мальчики их родителям или тем, которые опустошают собственным государственным специальным рекомендациям. Ученик сапожника, вместо того чтобы он себя уклоняется от особой грани, он предается низменному осуждению.” Пример Бинета (Binet): “Снежок оконная рама попал, другой мальчик наказан”. В этих примерах имеется большое количество неверно употребленных словоформ, ходульных выражений (Stelzensprache): сенсорно-координаторное нарушение с парафазиями и т.д. Здесь также существует противоположная теория: больной не вынужден так говорить, он хочет так говорить, у него такой взгляд на вещи. Один и тот же больной пишет то с аграмматизмом, то с параграмматизмом, а в следующий момент общается совершенно нормально. Если ставить под сомнение спонтанность такого поведения, то скорее приходится предположить непреложность позиции больного, а не непреложность дефекта; скорее плюс, чем минус. В этой связи стоит вспомнить историю: начало так называемых экспериментальной психологии (Reaktionsexperimente) в экспериментальной психологии. Когда были выявлены первые типичные различия моторной и сенсорной реакции, думали и о самобытном конституционально обусловленном поведении. Лишь позже признали, что и в этом вопросе речь идет не о “невозможности действовать по-другому”, а о позиции, от которой больного можно отучить. Клейст и Шнайдер обращают наше внимание на то, что при кататонической форме шизофрении имеют место одни языковые нарушения, а при параноидной — другие. В первом случае наблюдается звуковая апраксия, моторно-афазические нарушения выступают, как правило, в паре с общей затрудненностью вербального выражения мыслей и с монотонным ритмом и мелодией. Наблюдается также оскудение лексики, аграмматизм, замедленный темп, монотонность языковой мелодии, нарочито бессмысленная акцентуация, стереотипии. При параноидной же форме шизофрении наблюдаются парафазические нарушения в звуковом порядке (Lautfolge) (“неологизмы”), употребление существительных в значении наречий (adverbiale Verwendung der Substantive), при-

чудливые сравнения, новоизобретенные сложные слова (сенсорно-афазические) в избытке, параграмматизмы, словесная окрошка, скудные акцентуации.

Эти частые наблюдения, безусловно, верны, однако их можно и по-другому сгруппировать. Давно уже было замечено, что чем “чище” паранойя у шизофреника, тем меньше у него всяческих аномалий в моторике (в широком смысле), и тем больше будет наблюдаться аномалий у больного с большими кататоническими элементами. Само обозначение “кататония” указывает на то, что сильно затронута сфера моторики. Невьясненным остается вопрос, почему органический шизофренический процесс обнаруживает в одном случае одну, в другом — другую симптоматику. Также неизвестно, почему при одном виде мании переизбыток импульсов находится прежде всего в области мышления и во вторую очередь в области языковой моторики, а при другом виде мании затронута прочая мускулатура. Механизмы блокировки (Sperrung), амбивалентности, странности (Verschrobenheit) проявляются в одном случае более в психической области, в другом — в моторной (auchmotorisch) сфере (кататония). Аппарат моторики подчиняется то полусознательно произвольным, то бывшим ранее произвольными, а теперь автоматически произвольным, то автоматически не замечаемым импульсам, в обычных условиях не поддающимся волевым приказам (состояние транса) импульсам; а порой этот аппарат моторики подчиняется механизмам вне области воли, “глубинным” механизмам. Но этот аппарат всегда стоит “в подчинении”. Конечно, можно предположить, что у больного этот механизм не функционирует нормально. Но об этой аномалии здоровое сознание сразу же получает сигнал, исключая случаи, когда больной не осознает своего дефекта. Но именно эти довольно распространенные случаи требуют совершенно нового психологического рассмотрения. Однако я не буду этого касаться. На страницах данной работы речь идет только о шизофрении. А с этих позиций было бы искусственным предполагать наличие какого бы то ни было изолированного заболевания моторики. Но не стоит забывать, что наряду с психическими симптомами шизофрении встречаются и первично соматические (primaer koerperliche), среди них моторные. Розенталь (Rosental) опубликовал уже в 1920г. работу на эту тему, и позже подобные опыты неоднократно подтверждались (Клейст). Рассмотрение этих соматических первичных симптомов не является задачей данной работы; здесь речь только о психологии (см. Фрейсберг — Freusberg, 1886 г.). С речью дело обстоит точно так же. Старинная проблема соотношения мышления и речи с точки зрения патологии звучит так: имеет ли место изолированное нарушение речевого механизма? Некоторые опыты показали, что отсутствие или паралич исполнительного органа (Erfolgsorgan) отнюдь не препятствует возникновению представления (проекта) соответст-

вующих движений. Человек с ампутированными ногами также может представить себе их движение (создать проект движения ногами); его живое воображение толкает его к тому, что он встает — и падает. Видимо, у человека с ампутированным языком было бы такое же положение, но этого нельзя проверить. Другое дело, когда поражен не исполнительный орган, а его нервные центры. Наше чистое мышление имеет моторно-сенсорную основу, и маловероятно, что оно может существовать совершенно автономно, вопреки утверждениям наших противников с их доказательствами, которые можно трактовать неоднозначно. Так называемое образное мышление, мышление картинками (*Denken in Bildern*) — вовсе не мышление, а представление<sup>31</sup>. Если это характерно для очаговых заболеваний (*Herderkrankungen*), то оно более действительно для шизофрении. Утверждение, что при шизофрении имеется самостоятельное, изолированное языковое нарушение, имеет двоякий смысл. Если авторы данного утверждения имеют в виду, что шизофренические симптомы находят свое выражение преимущественно в области речевой моторики (языковые странности), то теоретически против этого нечего возразить, хотя и трудно проверить на практике. Если же предполагается, что здесь поражен изолированный языковой механизм (*isolierter Sprachmechanismus*) — непонятно, что под этим подразумевается: механизм, который не зависит от мышления? Это, по моим представлениям, является мифом. Этому воззрению не противоречит предположение Клейста, что речевые нарушения встречаются

независимо от нарушений мышления и спутанности содержания. Глоссолалию, определенно, можно считать речевым нарушением — *Stoerung der Rede*<sup>32</sup> и, видимо, у страдающего глоссолалией тоже нет ни нарушений мышления, ни спутанности; однако мне все же представляется абсурдным рассматривать глоссолалию как изолированное речевое нарушение при органическом или системном заболевании. Когда шизофреник-шваб с большим трудом говорит на сценическом немецком (*Прим. перев.: “Немецкий сценический язык” — это литературный немецкий язык, на котором говорят со сцены, по радио, телевидению, которому учат в школе. Однако в Германии многие люди говорят на диалектах, которых в стране более десятка: швабский, баварский и др.*), то, по моему мнению, это то же самое, как, если бы он говорил вычурным языком, например, с аграмматизмом; но кто бы решился утверждать, что этот сценический немецкий шизофреника является “изолированным языковым нарушением”<sup>33</sup>? Я подробно останавливался на моем категорическом несогласии с позицией Клейста не ради полемики, как всегда неинтересной, а для того, чтобы представить на суд читателя обе точки зрения. Может возникнуть недоразумение, будто я выступаю против “органического” генеза языковых аномалий при шизофрении. Отнюдь нет. Я только считаю, что эти аномалии относятся психологически понятно к вторичным симптомам шизофрении и ничего общего не имеют с очагами (*Herd*), системами и т.п.

*(окончание следует)*

<sup>31</sup> При этом эти представления могут иметь между собой мыслительные связи.

<sup>32</sup> Сюда относятся и некоторые виды речевых нарушений (*Stoerung des Sprechens* — в сумеречном состоянии по Ганзеру — Ganser).

<sup>33</sup> При шизофрении известны и такие “языковые нарушения (*Sprachstoerungen*)” — *sit venia verbo*, — при которых аномальным является только регистр, построение слов и предложений остается в норме. Нэкке — Наеске — описывает уже в 1894 г. два случая, когда больные в зависимости от расположения духа (*seelische Gesamtsituation*) употребляли два совершенно различных регистра.

## Судебная практика признания гражданина недееспособным

Ю. Н. Аргунова

### 1. Откровения судебной статистики

До недавнего времени количество рассматриваемых судами дел о признании граждан недееспособными известно не было. Об этой цифре можно было судить лишь по данным экспертной статистики о результатах проведенных по данной категории дел судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ). Только с 2007 г. Минюст России ввел, наконец, этот показатель в официальную форму статистической отчетности, что позволяет теперь иметь представление в масштабах страны о числе поступающих в суды заявлений о признании гражданина недееспособным, о числе рассмотренных, прекращенных, оставленных без рассмотрения дел и, разумеется, о количестве граждан, ежегодно лишаемых дееспособности.

Сведений о количестве дел о восстановлении дееспособности граждан статистика не содержит. Оно и понятно: такие случаи, подобные известным делам П. Штукатурова или К. Тимочкиной, единичны.

Данные судебной статистики являются открытыми, однако получить доступ к ним практически невозможно, но очень важно. Эти данные, в особенности в сопоставлении с данными экспертной статисти-

ки, помогают развенчать некоторые мифы, а также иллюзии, в т.ч. в отношении достижимости задач гражданского судопроизводства.

В суды ежегодно поступает свыше 40 тыс. заявлений о признании гражданина недееспособным (см. табл. 1). В 2008 г. их число составило 42107. В среднем по 4 тысячам дел производство прекращается (в связи с отказом заявителя от своего требования; в связи со смертью лица, являвшегося одной из сторон и др.). Еще 1,7 тыс. заявлений остаются без рассмотрения (заявление подписано лицом, не имеющим на это полномочий; заявитель, не просивший о разбирательстве дела в его отсутствие, не явился в суд по вторичному вызову, а заинтересованное лицо не требует рассмотрения дела по существу и др.).

Решение по существу суды выносят по 85 % дел (в 2008 г. таких дел было рассмотрено 35901). При этом суды практически во всех случаях (98 %) удовлетворяют заявление и признают гражданина недееспособным (см. табл. 2). Более того этот показатель заметно выше соответствующего показателя в экспертной статистике, стабильно составляющего 94 % (в 2008 г. — 93 %).

**Таблица 1.** Данные судебной статистики о признании гражданина недееспособным (в целом по России)

Число дел	Годы	2007	2008
Неоконченных на начало года		5653	9008
Поступивших в отчетном году		41261	42107
Рассмотренных с вынесением решения,		32354	35901
в том числе:			
– об удовлетворении заявления о признании гражданина недееспособным		31605	35021
– об отказе в удовлетворении заявления о признании гражданина недееспособным		749	880
Прекращенных		3662	4414
Оставленных без рассмотрения		1743	1775
Переданных в другие суды		145	158
Оконченных,		37904	42248
в том числе в сроки, превышающие установленные		1235	1337
Оставленных неоконченными на конец года,		9010	8867
из них приостановленных		6882	6608
Число вынесенных частных определений при выявлении случаев нарушения законности		40	56



**Таблица 2.** Сравнительные данные экспертной и судебной статистики по делам о признании гражданина недееспособным (в целом по России)

Годы	Данные экспертной статистики <sup>1</sup>			Данные судебной статистики		
	Число СПЭ	Из них с признанием лица недееспособным <sup>2</sup>	Уд. вес (в %)	Число рассмотренных дел с вынесением решения	Из них с признанием лица недееспособным	Уд. вес (в %)
2007	34031	31995	94,0	32354	31605	97,7
2008	34815	32417	93,1	35901	35021	97,5

<sup>1</sup> Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2008 году: Аналитический обзор /Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ФГУ “ГНЦ ССП им. В. П. Сербского Росздрава”, 2009. — Вып. 17.

<sup>2</sup> Использована терминология указанного Аналитического обзора.

Судя по статистическим данным практика назначения по указанной категории дел повторных или дополнительных экспертиз отсутствует: количество СПЭ, по которым эксперты пришли к заключению о недееспособности гражданина, полностью совпадает с числом вынесенных затем судебных решений о признании гражданина недееспособным. Мнение экспертов, таким образом, автоматически превращается в позицию суда. Так, в 2007 г. на 31605 судебных решений приходилось 31995 таких экспертиз. А в 2008 г. число судебных решений и вовсе превысило число таких СПЭ (35021 против 32417).

## 2. Судебная практика через призму представительства интересов граждан

Участие автора данной статьи в судебных заседаниях в качестве представителя лиц, в отношении которых были поданы заявления в суд о признании их недееспособными, позволяет обозначить ряд, к сожалению, негативных особенностей, характерных для судебной практики рассмотрения такого рода дел, а также наиболее типичных процессуальных нарушений.

1. Суды принимают к производству заявления, в которых, зачастую, отсутствуют данные, свидетельствующие о психическом расстройстве гражданина. В заявлениях, подаваемых, как правило, родственниками граждан, указывается, например, что гражданин неуживчив, жалуется в различные инстанции, хулиганит, угрожает близким, ведет паразитический образ жизни, занимает деньги и не отдает их и т.д.

Суд не разъясняет заявителям, что бремя доказывания по таким делам лежит на заявителе, а потому объективные доказательства неадекватного поведения лица также отсутствуют.

2. Суд в нарушение требований ст. 283 ГПК РФ назначает СПЭ при отсутствии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина.

Суд легко вводится в заблуждение по поводу психической несостоятельности гражданина при выявлении лишь факта наличия в ПНД или ПБ его медицинской карты.

По одному из таких дел адвокат заявителя пытался убедить судью в том, что наличие карт в ПНД и стационаре однозначно указывает на то, что гражданин “состоит на учете” и госпитализировался, а, следовательно, страдает тяжелым психическим расстройством. Однако после представления суду копий этих медицинских документов самим гражданином судья, удовлетворив ходатайство представителя гражданина об их исследовании судом, смог убедиться в обратном — в отсутствии у гражданина психического заболевания. Дело в том, что данный гражданин ни разу не был в ПНД. А карта на него была заведена в связи с частыми обращениями в диспансер его дочери, рассказывавшей о, якобы, имевших место ненормальностях своего отца, преследуя при этом меркантильные интересы. Некоторое время назад суд отклонил заявление диспансера об освидетельствовании гражданина в недобровольном порядке, а впоследствии отклонил и заявление больницы о его недобровольной госпитализации. Кроме того за период фактического пребывания гражданина в стационаре в течение нескольких суток до решения суда врачи пришли к заключению, что он психическим заболеванием не страдает и в наблюдении психиатра не нуждается. Это и было отражено на последних страницах его истории болезни и медкарты ПНД.

Согласившись с позицией гражданина и его представителя, что фактов, свидетельствующих о психическом расстройстве гражданина, заявителем не представлено, судья тем не менее предоставил адвокату заявителя возможность представить-таки в суд объективные доказательства психического расстройства гражданина и отложил слушание дела.

На втором заседании в рамках подготовительной стадии процесса были допрошены приглашенные заявителем свидетели. Однако в ходе их “перекрестного допроса” удалось выяснить, что один из них мог подтвердить лишь вспылчивый нрав своего друга без признаков нарушения психики. Другой свидетель был настолько обижен на него как на своего бывшего сослуживца, что уже более 10 лет не поддерживает с ним отношений и охарактеризовать его в настоящее время не может. Третий свидетель (бывшая жена гражданина), отмечая внезапно возникшую агрессивность своего бывшего мужа, под нажимом фактов вы-

нуждена была признать, что эта агрессивность возникла вследствие прекращения с ее стороны исполнения супружеских обязанностей по религиозным мотивам, что и побудило ее бывшего мужа жениться повторно. Новая жена, с которой он проживает уже 6 лет, положительно охарактеризовала своего мужа и объяснила подачу заявления в суд его дочерью ее стремлением отобрать у него дачу и предотвратить обмен квартиры. Сама дочь как заявитель в суд не явилась. В суде было исследовано и приобщено к материалам дела заключение специалистов НПА России, освидетельствовавших гражданина по его просьбе и не выявивших у него психического заболевания.

Дело было выиграно без назначения СПЭ. В удовлетворении заявления о признании гражданина недееспособным было судом отказано. Такой исход дела (при довольно стандартной его фабуле) — чрезвычайная редкость и является исключением из правил. Он доказывает возможность эффективной защиты прав граждан по такого рода делам. Для этого необходимо заставить работать правовые нормы и суд.

3. Назначение СПЭ осуществляется судом с нарушением прав участвующих в деле лиц, предусмотренных ст. 79 ГПК РФ и ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, а также без учета требований Конституционного Суда РФ.

Суды придерживаются своего неизменного по содержанию перечня вопросов для экспертов, не согласующегося с решениями Конституционного Суда РФ и обстоятельствами конкретного дела; пренебрегают правом лица, участвующего в деле, формулировать вопросы; не реагируют на ходатайство лица о включении в состав комиссии дополнительно специалиста при наличии его согласия. Суд не заботит то обстоятельство, что в материалах дела отсутствуют сведения о социальном статусе лица, что не позволит экспертам прийти к обоснованным выводам.

Так, по одному из такого рода дел судья без обсуждения принял в письменном виде ходатайства лица, касающиеся выбора экспертного учреждения, включения дополнительного вопроса для экспертов (в соответствии с требованиями Конституционного Суда РФ) о том, какого рода действия он не может понимать и контролировать, а также включения в состав экспертной комиссии дополнительного специалиста с указанием его фамилии, образования, занимаемой должности, стажа работы по специальности. Однако, выйдя затем из совещательной комнаты, судья огласил текст определения о назначении СПЭ, не включив ни дополнительного специалиста-психиатра, ни вопроса, продиктованного Постановлением Конституционного Суда РФ. Судья не стал приводить ни письменно, ни устно мотивы своих действий и сразу после оглашения определения объявил заседание закрытым.

Уже после окончания заседания представитель заинтересованного лица обратился к судье с вопросом о том почему он не удовлетворил ходатайства

лица, направленные на повышение объективности экспертного заключения, и почему он не исполняет Постановление Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П и нормы ГПК РФ. На это судья ответил: “А зачем...?”, потом добавил: “Я и так доверяю экспертам. Они вряд ли сочтут вашего доверителя недееспособным”. На вопрос о том, знает ли судья, что эксперты в 94 % случаев дают заключение о недееспособности гражданина, и суд идет у них на поводу, судья ответил, что такого не может быть, и он располагает другими сведениями. Этот разговор с судьею и его ссылки на некие сведения побудили автора этой статьи заполучить данные судебной статистики, которые, как мы увидели, опровергают убеждения судьи.

4. Заключение СПЭ на предмет достоверности, полноты и профессионального уровня в судебном заседании с участием сторон должным образом не исследуется.

Заинтересованному лицу отказывают в приобщении к материалам дела заключения специалиста с анализом экспертного заключения, а также в его вызове в суд для допроса, т.е. фактически лишают возможности получить помощь специалиста для исследования объективности, полноты и всесторонности заключения эксперта и для обоснования несогласия с выводами экспертов, что не соответствует принципам состоятельности и равноправия сторон.

5. Заключение СПЭ в судебном решении не оценивается либо оценивается формально с помощью выражения “у суда нет оснований не доверять заключению экспертов”.

6. Суд удовлетворяется формальным заключением представителя органа опеки и попечительства, предварительно не знакомившегося с условиями жизни лица.

7. Суды легкомысленно относятся к последствиям признания гражданина недееспособным, которые выражаются в полном, тотальном и бессрочном лишении (ограничении) гражданина его прав.

8. Суды не готовы учитывать факт несоответствия института недееспособности по российскому законодательству международно-правовым нормам и стандартам.

9. Судьи в большинстве своем ставят знак тождества между психическим расстройством и недееспособностью, не желая вникать в вопрос о наличии или отсутствии у конкретного лица с психическим расстройством юридического критерия недееспособности.

10. Суды не принимают во внимание выявленные в ходе судебного заседания истинные мотивы, а также поводы, по которым заявитель обратился в суд о лишении гражданина дееспособности.

Лиц, страдающих психическим расстройством, стали чаще признавать недееспособными в качестве превентивной меры, заранее предотвращая или пресекая совершение ими имущественных сделок, иных юридически значимых действий (размена квартиры,

заклучения или расторжения брака, предъявления прав на воспитание детей и др.)

Недееспособность используется для решения “разовых” задач, например, оформления приватизации жилья; для облегчения решения конкретных вопросов и споров, в частности об освидетельствовании врачом-психиатром без согласия лица; для получения возможности не учитывать те или иные желания больного.

Так, в ходе рассмотрения дела о признании Л. недееспособным представитель заявителя на вопрос представителя Л. о целях, которые преследует заявитель подачей такого заявления, признался, что делается это для упрощения процедуры госпитализации Л. в психиатрический стационар, а также для того, чтобы престарелой матери Л. в случае чего не пришлось возмещать имущественный вред, который может быть причинен кому-либо необдуманными действиями Л., занимающегося предпринимательской деятельностью.

Представителю Л. пришлось обратить внимание суда не только на несоответствие указанных мотивов целям установления опеки над недееспособным, но и на лишение этих мотивом правового смысла. Во-первых, помещение недееспособного в психиатрический стационар в соответствии с Постановлением Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. отныне не может производиться лишь по просьбе опекуна. Во-вторых, ответственность матери Л. за предполагаемые в будущем действия ее сына не грозит, т.к. она является нетрудоспособной и п. 3 ст. 1078 ГК РФ к ней не применим. В-третьих, если Л. причинит вред будучи недееспособным, то обязанность по его возмещению как раз и будет возложена на опекуна (его мать или брата) по правилам ст. 1076 ГК РФ.

Данное дело, хотя по нему и была назначена СПЭ, имело счастливый конец. Лицо так и не было ознакомлено с определением суда о ее назначении и на экспертизу не вызывалось. Через несколько месяцев заявитель отказался от своих требований и дело было прекращено.

Полноценное представительство интересов граждан с психическими расстройствами в суде может служить средством коррекции судебной практики.

### 3. Позиция Верховного Суда РФ или, точнее, ее отсутствие

#### 1.

Обобщения судебной практики по делам о признании гражданина недееспособным Верховным Судом РФ не проводилось. Соответственно не имеется и специальных на этот счет разъяснений Пленума Верховного Суда, которые обычно даются в целях обеспечения правильного и единообразного применения судами норм законодательства или в связи с возникающими у судов вопросами по делам какой-либо категории. В данном случае у судов вопросов при рассмотрении дел о признании гражданина недееспособ-

ным, видимо, не возникает в силу того, что они просто в них не вникают.

Лишь предание огласке тех или иных вопиющих фактов заставляет суды проводить такие обобщения и выявлять нарушения законности.

Так, изучение Белгородским облсудом практики признания граждан недееспособными в Борисовском и Алексеевском районах за 2000 – 2005 годы показало, что почти по всем 443 рассмотренным судами делам признание граждан недееспособными было осуществлено без их вызова в суд<sup>3</sup>. Более того эти граждане, зачастую, не вызывались даже для производства СПЭ. Свои выводы эксперты делали лишь по кратким выпискам из историй болезни, часто представленным в виде незаверенных ксерокопий. Из заключений большинства экспертиз, не соответствовавших, как указано в справке облсуда, требованиям закона, “невозможно установить истинную картину болезни”. Выявлены факты массового признания одиноких и пожилых граждан недееспособными и утраты ими своих квартир. Было признано необходимым провести проверки в органах опеки и попечительства, внести надзорные представления для отмены решений о признании граждан недееспособными.

Заметим от себя, что судебно-психиатрическая служба Белгородской области и без того отличается наивысшим по стране процентом (99,8 %) “признания” граждан недееспособными.

Принятие Постановления Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П о не соответствии Конституции РФ норм ГПК РФ в отношении порядка признания гражданина недееспособным заставит, хотелось бы надеяться, Верховный Суд РФ провести полномасштабное изучение судебной практики по данной категории дел и еще до внесения в ГПК РФ ожидаемых изменений подготовить постановление Пленума, в котором будут отражены вопросы по всему комплексу проблем рассмотрения дел о признании граждан как недееспособными, так и дееспособными, начиная с момента вынесения определения о принятии заявления к производству и возбуждения дела и заканчивая надзорным производством. Главной задачей таких разъяснений должно стать ориентирование судебной практики на неприменение законодательных норм, противоречащих Конституции РФ и международно-правовым стандартам, в частности Конвенции о защите прав человека и основных свобод. Причем это должно касаться как норм, уже признанных Конституционным Судом РФ не соответствующими Конституции РФ, так и других норм, находящихся в единстве с признанными не конституционными.

#### 2.

Отсутствуют сколько-нибудь четкие, заслуживающие внимания разъяснения в отношении рассмотре-

<sup>3</sup> Российская газета, 2009, 18 сентября.

ния дел о признании гражданина недееспособным и в постановлениях Пленума Верховного Суда РФ, касающихся отдельных стадий судопроизводства.

Некоторые общие требования ГПК РФ сформулированы в постановлениях неполно, вследствие чего важные его положения оказываются упущенными и, видимо, неслучайно.

Так, в п. 13 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 24 июня 2008 г. № 11 “О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству” указывается, что при назначении экспертизы должны учитываться требования ст. 79 – 84 ГПК РФ, причем лицам, участвующим в деле, следует разъяснять их право поставить перед экспертом вопросы, по которым должно быть дано заключение.

Верховный Суд, однако, не обращает внимание судов на необходимость разъяснения указанным лицам также их права просить суд назначить проведение экспертизы в конкретном судебном-экспертном учреждении, поручить ее конкретному эксперту, заявлять отвод эксперту. Последнее из перечисленных прав вообще остается лишь декларацией, оно не может быть реализовано, т.к. суд в своем определении, как правило, указывает лишь наименование экспертного учреждения, а уже эксперта, которому непосредственно будет поручено производство конкретной экспертизы, выберет затем руководитель этого учреждения. Даже не упоминается в постановлении Пленума и о праве гражданина ходатайствовать перед органом, назначившим СПЭ, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля, что предусмотрено нормами ГПК РФ, а ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24 июня 2008 г. нуждается в дополнении с учетом Постановления Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. в плане разъяснения судам вопроса об участии самого гражданина, в отношении которого возбуждено дело о признании его недееспособным, в судебном заседании, в т.ч. на подготовительной стадии процесса; об обязательной постановке перед экспертами вопроса о возможных последствиях заболевания гражданина для его социальной жизни, здоровья, имущественных интересов, вопроса о том, какого рода действия он не может понимать и контролировать, вопроса о том, позволяет ли состояние здоровья гражданина предстать перед судом, не создаст ли присутствие гражданина в судебном заседании реальной опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих. Последний вопрос, как представляется, может и не быть постановлен судом на разрешение экспертов в случае, если суд уже на подготовительной стадии процесса сможет составить личное представление о поведении лица, позволяющем ему присутствовать и на рассмотрении дела по существу.

Представляется также, что если гражданин находится в опасном для себя и других состоянии, т.е. в состоянии декомпенсации психического расстройства, дело о признании его недееспособным должно быть судом отложено.

Полностью отсутствуют разъяснения в отношении рассмотрения и принятия решения по делам о признании граждан недееспособными в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 26 июня 2008 г. № 13 “О применении норм Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации при рассмотрении и разрешении дел в суде первой инстанции” и от 19 декабря 2003 г. “О судебном решении”.

### 3.

В имеющихся постановлениях Пленума Верховного Суда РФ явно недостаточно разъяснений по вопросам законодательства об экспертизе.

В указанном выше постановлении от 26 июня 2008 г. № 13 судам разъяснено, что при исследовании заключения эксперта суду следует проверять его соответствие вопросам, поставленным перед экспертом, полноту и обоснованность содержащихся в нем выводов. В целях разъяснения или дополнения заключения суд может вызвать эксперта для допроса. При наличии в деле нескольких противоречивых заключений могут быть вызваны эксперты, проводившие как первичную, так и повторную экспертизу. Назначение повторной экспертизы должно быть мотивировано. Суду следует указать в определении, какие выводы первичной экспертизы вызывают сомнение, сослаться на обстоятельства дела, которые не согласуются с выводами эксперта. Противоречия в заключениях нескольких экспертов не во всех случаях требуют повторной экспертизы. Суд может путем допроса экспертов получить необходимые разъяснения и дополнительное обоснование выводов.

Актуальным в данном постановлении является разъяснение *задачи специалиста* в судебном заседании. Она состоит в оказании содействия суду и лицам, участвующим в деле, в исследовании доказательств. Если из консультации специалиста, как указано в постановлении, следует, что имеются обстоятельства, требующие дополнительного исследования или оценки, суд может предложить сторонам представить дополнительные доказательства либо ходатайствовать о назначении экспертизы.

Из этих разъяснений можно сделать три важных для нас вывода:

- 1) консультация и пояснения специалиста могут использоваться при исследовании заключения СПЭ как доказательства по делу;
- 2) специалист призван оказывать содействие не только суду, но и участвующим в деле лицам, включая граждан, дееспособность которых является предметом экспертного исследования;
- 3) суждения специалиста, в т.ч. по результатам анализа заключения СПЭ, могут повлечь весьма су-

ществленные процессуальные последствия, вплоть до назначения экспертизы (повторной, дополнительной).

Правила оценки заключения эксперта сформулированы Верховным Судом в постановлении Пленума от 19 декабря 2003 г. "О судебном решении". В нем подчеркнута, что заключение эксперта не является исключительным средством доказывания и должно оцениваться в совокупности со всеми имеющимися в деле доказательствами. Оценка судом заключения должна быть полно отражена в решении. При этом суду следует указывать на чем основаны выводы эксперта, приняты ли им во внимание все материалы, представленные на экспертизу, и сделан ли им соответствующий анализ.

В указанных, а также во всех прочих постановлениях Пленума Верховного Суда РФ не содержится, однако, разъяснений в отношении обеспечения права лиц, участвующих в деле, заявлять отвод эксперту государственного экспертного учреждения; по поводу производства экспертизы в негосударственных экспертных организациях, а также лицами, обладающими специальными знаниями, но не являющимися государственными судебными экспертами.

Безусловно передовой в этом плане является позиция Высшего Арбитражного Суда РФ, сформулированная им в постановлении Пленума от 20 декабря 2006 г. № 66 "О некоторых вопросах практики применения арбитражными судами законодательства

об экспертизе". В нем разъяснено, в частности следующее:

*"1. Если экспертиза подлежит проведению в государственном судебно-экспертном учреждении, суд в целях обеспечения реализации участвующими в деле лицами их права на отвод эксперта (ст.23 АПК РФ), а также права заявить ходатайство о привлечении в качестве экспертов указанных ими лиц (ч. 3 ст. 82 АПК РФ) в определении о назначении экспертизы указывает помимо наименования учреждения также фамилию, имя, отчество государственного судебного эксперта, которому руководителем государственного судебно-экспертного учреждения будет поручено проведение экспертизы.*

*2. Экспертиза может проводиться как в государственном судебно-экспертном учреждении, так и в негосударственной экспертной организации либо к экспертизе могут привлекаться лица, обладающие специальными знаниями.*

*Заключение эксперта негосударственной экспертной организации не может быть оспорено только в силу того, что проведение соответствующей экспертизы могло быть поручено государственному судебно-экспертному учреждению".*

Отдельное постановление, посвященное законодательству об экспертизе, необходимо принять и Пленуму Верховного Суда РФ. Последнее постановление по данному вопросу было принято им 40 лет назад.

## Реализация международных стандартов в сфере недееспособности и опеки в странах Восточной Европы<sup>1</sup>

Д. Г. Бартнев (Санкт-Петербург)<sup>2</sup>

Регулирование вопросов защиты людей, неспособных самостоятельно принимать решения и защищать свои права и интересы, традиционно рассматривается как предмет внутригосударственного, прежде всего, гражданского, права отдельных государств. До недавнего времени роль международного права в этой сфере ограничивалась заключением договоров о правовой помощи между отдельными государствами с целью урегулирования спорных ситуаций, возникающих при определении дееспособности лица и осуществлении опеки, например, когда подопечный или

его опекун являются гражданами разных государств. Можно утверждать, что в международном контексте до конца 1990-х годов недееспособность и опека не рассматривались в качестве значимой проблемы с точки зрения прав человека.

Ситуация начала меняться с принятием Комитетом Министров Совета Европы в 1999 г. Принципов правовой защиты совершеннолетних недееспособных лиц<sup>3</sup>, где впервые сформулированы основные требования как к самой системе защиты недееспособных граждан, так и к процедуре принятия решения о признании гражданина недееспособным. Между тем, по своему статусу указанные Принципы являются актом "мягкого права", то есть рекомендацией, адресованной государствам-членам Совета

<sup>1</sup> По материалам выступления на симпозиуме Независимой психиатрической ассоциации России в рамках 2-го Восточно-Европейского Конгресса по психиатрии.

<sup>2</sup> Канд. юрид. наук, адвокат, преподаватель кафедры международного права юридического факультета Санкт-Петербургского государственного университета.

<sup>3</sup> Рекомендация Комитета Министров Совета Европы № R(99)4 от 23 февраля 1999 г.

Европы, и не накладывающей на них четких юридических обязательств.

Впоследствии подробная критика существующей во многих странах системы недееспособности и опеки прозвучала в докладах Генерального Секретаря ООН<sup>4</sup>, а также специального докладчика ООН по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья<sup>5</sup>.

Характеризуя международные нормативные стандарты в сфере недееспособности и опеки, следует отметить, прежде всего, что такие стандарты достаточно ограничены, в связи с чем можно говорить скорее о начале их формирования, нежели о существовании четких международно-правовых требований. Тем не менее, можно выделить следующие международные акты, устанавливающие основные требования к системе недееспособности и опеки с точки зрения прав человека.

Во-первых, Конвенция о защите прав человека и основных свобод 1949 г., принятая в рамках Совета Европы, положения которой применимы к ситуациям ограничения прав человека в связи с его недееспособностью. Хотя Конвенция и не содержит прямых норм, касающихся недееспособности и опеки, соответствующее толкование положений Конвенции было дано Европейским Судом по правам человека в постановлениях по конкретным делам. До недавнего времени такие постановления касались, преимущественно, процедурных нарушений в связи с признанием гражданина недееспособным<sup>6</sup>. Исключение составляет постановление по делу *Штукатуров против России*, в котором Суд впервые рассмотрел вопросы соответствия института полной опеки стандартам Конвенции<sup>7</sup>. Суд пришел к выводу о нарушении Конвенции, указав, что “российское законодательство не предусматривает “ответа, соответствующего индивидуальным потребностям лица”, поскольку Гражданский кодекс проводит различие между полной дееспособностью и полной недееспособностью, однако он не допускает “пограничной” ситуации, за исключением лиц, страдающих от алкогольной или наркотической зависимости”<sup>8</sup>.

Анализируя процедуру ограничения дееспособности, а также последствия такого ограничения с точки зрения прав человека, Европейский Суд ссы-

лается на вышеупомянутые Принципы Рекомендации № R99(4), отмечая при этом, что, несмотря на их рекомендательный характер, они могут рассматриваться в качестве “общеевропейского стандарта в данной сфере”<sup>9</sup>. В связи с этим можно предположить, что и в последующих своих постановлениях Европейский Суд будет оценивать соответствие отдельных элементов системы опеки обязательствам по Конвенции, основываясь именно на требованиях Рекомендации № R99(4).

Во-вторых, Конвенция ООН о правах инвалидов 2006 г.<sup>10</sup>, в которой впервые в форме международно-го соглашения закреплены обязательства государств по реализации правоспособности людьми с ограниченными возможностями здоровья. Конвенция о правах инвалидов провозглашает смену парадигмы защиты прав людей с ограниченными возможностями, исходя из того, что инвалидность является “результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими”<sup>11</sup>.

Заложенная в ст. 12 Конвенции ООН о правах инвалидов идея о том, что государства должны “принимать надлежащие меры для предоставления инвалидам доступа к поддержке, которая им может потребоваться при реализации своей правоспособности”, составляет основу современного международно-правового понимания обязательств государств по защите людей, неспособных принимать самостоятельные решения и защищать свои права. В отношении России это означает, что ратификация Конвенции должна повлечь радикальное изменение существующей системы опеки над недееспособными гражданами в силу ее несоответствия принципам пропорциональности и минимального ограничения прав человека. Таким изменением законодательства должны обеспечивать то, чтобы меры, связанные с реализацией правоспособности, “ориентировались на уважение прав, воли и предпочтений лица, были свободны от конфликта интересов и неуместного влияния, были соразмерны обстоятельствам этого лица и подстроены под них, применялись в течение как можно меньшего срока и регулярно проверялись компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебной инстанцией”<sup>12</sup>.

В-третьих, Международный пакт о гражданских и политических правах 1966 г. Несмотря на то, что по-

<sup>4</sup> Доклад Генерального секретаря ООН “Результаты усилий по обеспечению полного признания и осуществления прав человека инвалидов”, Док. ООН A/58/181, п.п. 14 – 22.

<sup>5</sup> Док. ООН E/CN.4/2005/51 от 11 февраля 2005 г.

<sup>6</sup> См., например: *H.F. v. Slovakia*, application no. 54797/00, judgment of 8 November 2005; *Matter v. Slovakia*, application no. 31534/96, judgment of 5 July 1999.

<sup>7</sup> *Shtukaturov v. Russia*, application no. 44009/05, judgment of 27 March 2008. См. также: *Salontaji-Drobnjak v. Serbia*, application no. 36500/05, judgment of 13 October 2009.

<sup>8</sup> *Shtukaturov v. Russia*, op. cit., параграф 95.

<sup>9</sup> Там же.

<sup>10</sup> Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года. Конвенция подписана Российской Федерацией в 2008 г., однако на момент публикации статьи не ратифицирована.

<sup>11</sup> Пункт “е” Преамбулы Конвенции о правах инвалидов.

<sup>12</sup> п. 4 ст. 12 Конвенции о правах инвалидов.

ложения Пакта, как и Европейской Конвенции о защите прав человека, не содержат специальных требований относительно осуществления опеки, любые ограничения прав индивида в связи с наличием у него психического расстройства должны осуществляться с соблюдением гарантий прав человека, закрепленных в Пакте. Сказанное нашло подтверждение в позиции Комитета по правам человека, являющегося контрольным органом ООН в отношении Пакта, который признал применимость его положений к обязательствам государств в отношении защиты лиц, ограниченных в способности принимать самостоятельные решения. В этой связи в октябре 2009 г. Комитет по правам человека, рассматривая периодический доклад Российской Федерации, выразил озабоченность в связи со значительным числом людей, лишенных дееспособности и очевидным отсутствием надлежащих процедурных и материальных гарантий против непропорционального ограничения прав, гарантированных Пактом<sup>13</sup>. В связи с этим Комитет указал, что России следует пересмотреть практику признания граждан недееспособными и ввести меры, отвечающие требованиям необходимости и пропорциональности на индивидуальной основе<sup>14</sup>.

Как уже отмечалось, международное право не накладывает на Российскую Федерацию обязательств по созданию конкретной модели защиты людей, неспособных самостоятельно осуществлять свои права и защищать свои интересы в силу имеющегося психического расстройства. Вместе с тем очевидно, что такая модель не может быть основана на сохранении существующего института недееспособности и полной опеки, во всяком случае, в той форме, в которой этот институт предусмотрен действующим гражданским законодательством. В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что реформирование системы опеки над недееспособными гражданами является не только морально-политическим обязательством России, но и безусловным требованием, вытекающим из тех юридических обязательств, которые предусмотрены международным правом в сфере прав человека.

Примечательно, что юридическая критика института недееспособности и системы опеки в конкретном государстве впервые прозвучала именно в адрес России: в 2008 г. в решении Европейского Суда по правам человека по указанному делу Штукатурова, и в 2009 г. — в заключительных замечаниях Комитета по правам человека ООН<sup>15</sup>. В этой связи особый интерес

для России с точки зрения выполнения своих международных обязательств представляют реформы института недееспособности и опеки в других странах постсоветского пространства, унаследовавших схожую систему полной недееспособности и неограниченной опеки.

В частности, в соответствии с проектом нового Гражданского кодекса, внесенного Министерством юстиции на рассмотрение Парламента Чешской Республики<sup>16</sup>, предусмотрены радикальные изменения существующей системы опеки. Во-первых, исключается понятие полной опеки и вводятся несколько альтернативных механизмов защиты людей, имеющих нарушения психического здоровья: общие предварительно высказанные распоряжения (помимо распоряжений в отношении личности будущего опекуна)<sup>17</sup>, поддержка в принятии решений; представительство ближайшим родственником или иным близким лицом в повседневных делах, а также опека без ограничения дееспособности<sup>18</sup>. Во-вторых, были существенно расширены положения, регулирующие функции опекунов, в частности, предусмотрена обязанность опекуна поддерживать связь со своим подопечным, объяснять ему в надлежащей форме значение и последствия принимаемых опекуном решений.

Наконец, положения нового Гражданского кодекса предусматривают существенные контрольные полномочия самого лица, находящегося под опекой. В частности, гражданин имеет право принимать участие в заседаниях опекунского совета<sup>19</sup>, обжаловать его решения, получать отчеты об управлении своим имуществом. При определенных условиях организации, оказывающие услуги лицам с ограниченными возможностями здоровья, также имеют право принимать участие в заседаниях опекунского совета, входить в его состав и обжаловать его решения.

Интересным примером может служить также Эстония, где изменения системы опеки в отношении недееспособных граждан были осуществлены посредством принятия в 2009 году нового Закона о семье<sup>20</sup>. В

<sup>16</sup> Подробнее см.: [http://www.mdac.info/images/page\\_image/cze\\_guardianship.doc](http://www.mdac.info/images/page_image/cze_guardianship.doc).

<sup>17</sup> Предварительно высказанные распоряжения — это указания, данные лицом в период сохранения фактической дееспособности, на случай утраты в будущем способности принимать самостоятельные осознанные решения.

<sup>18</sup> Речь идет о том, что гражданин может предложить суду назначить ему опекуна для представления своих интересов в определенных вопросах, причем сам гражданин сохраняет право действовать самостоятельно и в этих сферах.

<sup>19</sup> Опекунский совет — это орган, в состав которого входит не менее трех членов, избираемых из числа родственников и друзей лица, над которым установлена опека. К полномочиям совета относится утверждение некоторых важных решений опекуна, предусмотренных законом.

<sup>20</sup> Закон о семье, от 18 ноября 2009 г.: <http://www.riigikoogu.ee/index.php?id=55450>.

<sup>13</sup> См.: Заключительные замечания Комитета по правам человека. Док. ООН CCPR/C/RUS/CO/6 от 22 октября 2009 г., параграф 19.

<sup>14</sup> Там же, п. “а”.

<sup>15</sup> Такая критика созвучна позиции судьи Конституционного Суда РФ Гаджиева Г. А., высказанной им в особом мнении в Постановлении Конституционного Суда от 27 февраля 2009 г. № 4-П.

соответствии с данным законом установление опеки допускается в случае, если гражданин вследствие психического расстройства *постоянно* неспособен понимать или руководить своими действиями, причем опекун может быть назначен как по заявлению самого гражданина, так и по заявлению иных лиц, а также по инициативе суда. Однако опекун может быть назначен только для осуществления таких обязанностей, для которых необходима опека. Закон прямо устанавливает, что в опеке нет необходимости в тех случаях, когда интересы гражданина могут быть защищены посредством помощи других лиц. При назначении опекуна суд должен также провести оценку способности гражданина понимать юридическое значение сделок, относящихся к сфере семейного права (заключение брака, признание отцовства и пр.). Законом также установлена обязанность суда пересматривать необходимость опеки каждые три года.

К числу новелл Закона о семье относится также запрет назначения в качестве опекунов работников учреждений образования, здравоохранения и социальной защиты, где проживает или временно находится гражданин. Закон также устанавливает обязанность учитывать предварительно выраженные лицом пожелания относительно личности будущего опекуна, если это не приведет к конфликту интересов.

Немаловажным представляется положение эстонского Закона о семье, предусматривающее возможность назначения лицу, находящемуся под опекой, специального опекуна для осуществления тех сделок, которые не может осуществить обычный опекун. В частности, такой опекун обязательно назначается для управления имуществом, приобретенным в порядке наследования или дарения, если наследодатель или даритель указал, что опекун не вправе управлять таким имуществом. Специальный опекун также назначается в случае необходимости заключения договора, когда имеется конфликт интересов между подопечным и его обычным опекуном вследствие личной заинтересованности опекуна. Специальный опекун назначается судом, причем обычный опекун обязан известить суд о необходимости назначения специального опекуна.

С точки зрения приведения законодательства в соответствие с положениями международных стандар-

тов прав человека в сфере опеки, прежде всего, ст. 12 Конвенции ООН по правам инвалидов, наиболее прогрессивным государством может считаться Венгрия. Принятый в сентябре 2009 г. новый Гражданский кодекс радикально изменил систему опеки<sup>21</sup>: во-первых, установлен законодательный запрет полной опеки; во-вторых, появилась новая форма частичной опеки, то есть частичная опека не только в отношении определенных решений, но и в отношении решений, которые должны приниматься совместно гражданином и его опекуном; в-третьих, предусмотрена поддержка в принятии решений в качестве альтернативы опеке, при сохранении полной дееспособности гражданина. Такая система позволяет иметь сеть помощников, которые помогают гражданину принимать собственные решения, что способствует повышению его самостоятельности; в-четвертых, появилось понятие предварительных распоряжений: гражданин может тем самым заранее спланировать определенные меры защиты на случай ухудшения когнитивных функций в будущем.

Все вышеперечисленные меры доступны людям, нуждающимся в помощи в силу психического состояния, нарушения интеллекта или вследствие патологической зависимости.

В заключение отметим, что реформы института недееспособности и опеки в России в отношении граждан, имеющих нарушения психического здоровья, не должны ограничиваться косметическими мерами по исправлению отдельных недостатков в тех сферах законодательства, которые стали предметом критики Конституционного Суда РФ. Такие реформы должны сопровождаться принципиальным изменением самого подхода к защите прав людей, ограниченных в способности принимать самостоятельные решения, с тем, чтобы, прежде всего, обеспечивать их необходимой поддержкой в принятии решений, а не ограничивать их права. Успешность таких реформ требует также преодоления патерналистского подхода к системе опеки, доминирующего в сознании отечественного законодателя и правоприменителя, когда главная задача опеки видится в полном замещении решений подопечного решениями опекуна.

<sup>21</sup> Следует отметить, что в соответствии с изменениями в Гражданском кодексе, принятыми в 2001 г., при сохранении полной опеки в Венгрии появилась частичная опека, которая устанавливается в случае ограничения гражданской дееспособности в определенных вопросах.



## Жертва кампании против усыновителей

Спустя полгода длящейся бурной кампании в прессе против “садистов-усыновителей” супругов Агеевых, в связи с уголовным делом против Ларисы Агеевой, в сентябре 2009 г. в НПА обратился телеканал НТВ с просьбой помочь разобраться в этом драматическом деле. Поставленная перед нами задача — психолого-психиатрическое освидетельствование женщины, пять месяцев находящейся в стрессовой ситуации, как зрелища на ТВ — с самого начала выглядела не только нестандартно, но сомнительно с этической точки зрения. Но такова была просьба самих супругов Агеевых, уже загнанных, обвиненных и опозоренных еще до суда, — их “решающий шанс”. Это была и просьба их адвоката. Поэтому мы сделали запись в студии, а на следующий день провели традиционное освидетельствование. Оба супруга были измотаны и саркастичны. И действительно, им многие десятки раз задавали одни и те же вопросы, высматривая реакцию на них, тогда как она давно переросла в реакцию на ситуацию в целом.

### Заключение специалистов НПА России

Данное заключение составлено комиссией специалистов Общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России”

по запросу адвоката Кашутиной Елены Владимировны, осуществляющей защиту Агеевой Ларисы Владимировны, 1963 г.рожд., обвиняемой по ст. 117 и ст. 156 УК РФ.

На разрешение специалистов поставлены следующие **вопросы**:

1. Страдала ли Агеева Л. В. какими-либо психическими заболеваниями ранее, если да, то какими именно?

2. Имелись ли у Агеевой Л. В. на момент совершения инкриминируемых ей деяний какие-либо временные расстройства психики, могла ли она осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими?

3. Страдает ли Агеева Л. В. какими-либо психическими заболеваниями и расстройствами в настоящее время, если да, то какими именно?

4. Способна ли Агеева Л. В. по своему психическому состоянию предстать перед следствием и судом и давать показания по делу?

5. Страдает ли Агеева Л. В. наркоманией или алкоголизмом?

6. Каковы индивидуальные психологические особенности Агеевой Л. В.?

8. Могли ли они оказать существенное влияние на ее поведение во время совершения инкриминируемых ей деяний?

9. Может ли Агеева Л. В. по своему психическому и психологическому состоянию заниматься воспитанием детей?

Для анализа специалистам были представлены ксерокопии следующих документов:

– заключение комиссии экспертов № 937 от 19 июня 2009 г. амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы на Агееву Ларису Владимировну, проведенной в Областном центре социальной и судебной психиатрии при Центральной московской областной клинической психиатрической больнице;

– заявление Л. В. Агеевой старшему следователю по ОВД 3 отдела СЧ ГСУ при ГУВД по Московской области Е. С. Королевой;

– заключение эксперта В. Малаховского (экспертиза свидетельствуемого) № 85 от 28 марта 2009 г.;

– заключение (экспертиза по материалам дела) № 93/2009 комиссионной судебно-медицинской экспертизы, проведенной в ГУЗ МО Бюро СМЭ;

– заключение специалиста в области судебной медицины О. Н. Швагера Автономной некоммерческой организации “Центр судебных экспертиз” от 3 сентября 2009 г.;

– протоколы судебных заседаний Преображенского районного суда г. Москвы от 15 мая, 27 мая и 17 июня 2009 г.;

– решение Преображенского районного суда г. Москвы от 17 июня 2009 г.;

– трудовая книжка Агеевой Ларисы Владимировны;

– характеристика на Агееву Ларису Владимировну, подписанная вице-президентом ООО КБ “Право-Банк” 29.04.2009;

– справка Дома культуры “Московские окна” в Преображенский суд г. Москвы от 30.04.2009 № 45;

– акт обследования специалистами отдела опеки и попечительства Муниципалитета “Гольяново” жилищно-бытовых условий семьи Агеевых от 27.03.2009 № МП-784у;

– справка ООО “Санаторий им. М. В. Фрунзе” от 30.04.2009 № 408.

Агеева Л. В. согласие на комиссионное комплексное психолого-психиатрическое освидетельствование дала. Использовались методы клинико-психо-

патологического, клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования в сочетании с анализом представленных материалов.

**Из представленных материалов известно,** что Агеева Л. В. родилась в Иркутской области, единственным ребенком в семье. В раннем возрасте от сверстников в развитии не отставала, посещала детские дошкольные учреждения, легко адаптировалась, конфликтов не имела. В школе с 7 лет, училась успешно, увлекалась театром, фотографированием, была секретарем комсомольской организации. По окончании 10 классов поступила в Институт стали и сплавов на машиностроительный факультет, впоследствии работала инженером. В 1996 г. поступила в Институт Н. Нестеровой и приобрела специальность юриста. Сменила много мест работы, с 02.05.2007 по 31.03.2009 работала в ООО КБ “Прадо-Банк” в должности заместителя начальника юридического отдела, характеризовалась начальством как квалифицированный, ответственный и дисциплинированный работник.

В 1982 г. Л. В. Агеева вышла замуж, в 1983 родила сына. Через 8 лет разошлась с мужем из-за его склонности к злоупотреблению спиртными напитками, через некоторое время вновь вышла замуж за Агеева А. П., с которым проживает до настоящего времени. В 2000 году умер сын Агеевой, а в 2008 г. они с мужем усыновили двоих детей, мальчика и девочку, 3 и 2 лет соответственно. 20 марта 2008 г. Глеб Агеев был доставлен машиной скорой помощи в сопровождении отца в районную больницу, где у него были зафиксированы множественные телесные повреждения. Было возбуждено уголовное дело по обвинению Л. В. Агеевой по ст. 117 и 156 УК РФ. В обвинительном заключении говорится, что “Агеева Л. В., являющаяся усыновителем двух несовершеннолетних детей Агеева Г. А. и Агеевой П. А., в период времени с 12 апреля 2008 г. по 20 марта 2009 г., находясь в своем собственном доме по адресу: Московская область, Ленинский м/п район, д. Коробово, ул. Малиновая, д. 14, умышленно, на почве неприязненных отношений, систематически подвергала физическим наказаниям Агеева Г. А. путем нанесения побоев неустановленными следствием тупыми твердыми предметами, не заботилась о психическом и физическом здоровье своего малолетнего сына, жестоко обращалась с ним, причиняла физические и психические страдания. 20 марта 2000 г., примерно в 19 часов Агеева Л. В., находясь в одной из комнат своего дома, нанесла многочисленные удары по всему телу малолетнему сыну Агееву Глебу.” Примерно в 23 часа Глеб Агеев был доставлен в детскую клиническую больницу № 9 им. Сперанского. Согласно заключению эксперта № 85 от 31.3.2009 телесные повреждения, зафиксированные у Глеба Агеева, относятся к легкому вреду здоровью, продолжительностью до трех недель от момента травмы. Л. В. Агеева свою вину отрицает, объясняет случившееся несчастным

случаем, скорее всего, падением сына с лестницы по неосторожности. 27 марта Глеб Агеев был выписан из больницы в удовлетворительном состоянии и отправлен домой. В тот же день, 27 марта 2009 г. дом Агеевых посетила комиссия отдела опеки и попечительства муниципалитета “Гольяново”, провела обследование жилищно-бытовых условий семьи Агеевых и установила, что “несовершеннолетние дети Глеб и Полина находятся с родителями... Из беседы с детьми выяснено, что родителей они любят. Дети выглядят ухоженными и опрятными. Во время прихода специалистов дети играли, выглядели веселыми, потом смотрели сказку, обнимали и целовали маму, выказывая ей любовь”. Комиссия пришла к выводу, что “непосредственной угрозы для жизни и здоровья детей не имеется” и нет необходимости “отбирать детей”. Было решено отложить решение вопроса об отобрании детей у Агеевых до разрешения уголовного дела. Однако 28 марта по распоряжению Управления опеки и попечительства по Ленинскому муниципальному району Глеб Агеев отобран у родителей и 29 марта 2009 г. помещен в детское отделение Видновской РБ, где находился на лечении до 31 марта 2009 г. С 31 марта по 29 апреля 2009 г. Глеб Агеев находился на лечении в Морозовской детской городской клинической больнице, а 30 апреля 2009 г. по Постановлению Муниципалитета “Гольяново” дети Агеевы Полина и Глеб были помещены в ГУВУ “Социальный приют для детей и подростков” Департамента семейной и молодежной политики г. Москвы, где находятся и в настоящее время.

31.03.2009 Управление опеки и попечительства Министерства образования Московской области по Ленинскому муниципальному району обратилось в Муниципалитет “Гольяново” с просьбой в связи с отображением у супругов Агеевых несовершеннолетних детей выйти в суд с иском об отмене усыновления детей. 02.04.2009 Муниципалитет “Гольяново” предъявил такой иск, и 17 июня 2009 г. Преображенский районный суд г. Москвы вынес решение об отмене усыновления и удочерения супругами Агеевыми двух детей Агеева Глеба Антоновича, 2005 г. рожд, и Агеевой Полины Антоновны, 2006 г. рожд., и передаче детей органам опеки и попечительства муниципалитета ВМО “Гольяново”. В протоколах судебных заседаний (15 мая, 27 мая, 17 июня 2009 г.) имеются многочисленные показания свидетелей, которые положительно характеризуют семью Агеевых и их отношение к детям, однако суд не принял их во внимание, поскольку “указанные свидетели не были очевидцами случившегося 20.03.2009 года, а случившееся 20.03.2009 г. ставит под угрозу безопасность детей, создает угрозу их жизни и здоровью и исключает возможность нахождения детей в семье Агеевых”. Между тем, случившееся 20.03.2009 г. еще не получило окончательной оценки следствия и суда, а все свидетели отмечали внимательное отношение Агеевых к своим детям,

в том числе к их здоровью, “колоссальный прогресс” в развитии детей, ощущение, что “дети были счастливы”. Свидетель Шегай Ирина Анатольевна, художественный руководитель ДК “Московские окна”, рассказала, что дети посещали ДК 4 раза в неделю, и сотрудники ДК были уверены, что этот родные дети Агеевой Л. В. Дети были “активные, радостные”, “открыты, не зажаты, без комплексов”, “воспитанные, достаточно самостоятельные”. К маме относились “открыто, дружелюбно, до и после занятий были с ней рядом, рассказывали чему научились”. Одежда на занятиях (майки, шорты, юбочки) позволяла видеть части тела, и никаких телесных повреждений сотрудники ДК у детей не замечали. Последний раз Глеб посетил занятия 19.03.09.

Из справки Дома культуры “Московские окна”, (справка № 45 от 30.04.2009) известно, что Глеб и Полина Агеевы занимались в студии музыкально-эстетического развития, затем в детском эстрадном ансамбле “Палитра”, а затем в студии ритмики “Радуга” — до 19.03.2009, посещали развивающие дошкольные занятия 2 раза в неделю, участвовали в утренниках и концертах. Дети “всегда были жизнерадостны и дружелюбны, с любовью относились к маме, смеялись, охотно контактировали с другими детьми и преподавателями Дома Культуры”. Педагоги отмечали, что “у детей за прошедший период (с сентября 2008 по март 2009) существенно улучшились речь и осанка”.

28 марта 2009 г. по постановлению старшего дознавателя ОД УВД по Ленинскому муниципальному району Московской области майора милиции Бельковой Ж. И. была проведена судебно-медицинская экспертиза Глеба Агеева, 2005 г.рожд. В постановлении сказано: “в неустановленное время неустановленное лицо, находясь в доме № 14 по ул. Малиновая д. Коробово Ленинского муниципального района Московской области, умышленно причинило Агееву Глебу Анатольевичу, 2005 г. рожд., телесные повреждения (побои)”. В заключении отмечено, что “ребенок активный, подвижный, контактный, разговорчивый, на вопросы отвечает охотно, команды выполняет правильно и с желанием. Об обстоятельствах происшествия сообщил только, что папа отвез его в больницу, и что на момент экспертного обследования у него болит носик”. Со слов матери известно, что вечером 20.03.2009 она зашла в дом, услышала крик ребенка, увидела его лежащим на полу на правом боку с поджатыми к животу ногами у основания ведущей на второй этаж дома лестницы. Лицо ребенка было в крови, кровь текла из верхнего века левого глаза и подбородка. Мать вымыла ребенка в ванне и уложила спать. Через некоторое время родители заметили, что ребенка стало знобить и обнаружили красноту на левой половине лица. В тот же день ребенок был доставлен в больницу отцом.

Судебно-медицинский эксперт В. И. Малаховский пришел к следующим выводам: 1) имевшиеся у

Г. Агеева сотрясение головного мозга, гематома и ссадина наружного носа с переломом костей носа, две ушибленные раны лица и другие телесные повреждения “могли образоваться в указанный в постановлении дознавателя срок 20.03.2009”. В то же время эксперт исключил “возможность образования указанных повреждений как при падении с лестницы, так и при падении на ней”. Зафиксированный у Глеба Агеева термический ожог 1-2 ст. 4-5 % общей площади тела мог образоваться от воздействия горячей жидкости в указанный в постановлении дознавателя срок, т.е. 20.03.2009. “Причиненные Агееву повреждения в своей совокупности относятся к легкому вреду здоровья по критерию временного нарушения функций органов или систем продолжительностью до трех недель от момента причинения травмы”. Эксперт также отметил, что “установить давность, периодичность и систематичность нанесения гематом и кровоподтеков лица, головы, туловища и конечностей не представлялось возможным”.

13 мая 2009 г. по постановлению ст. следователя по ОВД следственной части ГСУ при ГУВД Московской области капитана юстиции Королевой Е. С. была проведена дополнительная комиссионная судебно-медицинская экспертиза по документам. Согласно выводам экспертов, “гематомы на туловище и конечностях возникли за несколько дней до поступления Агеева Г. А. в ДКГБ № 9”, ссадины и царапины на коже туловища и конечностей могли образоваться частично до событий 20.03.09, частично — 20.03.09. Эксперты также считают, что эти повреждения “не могли образоваться как при падении с лестницы на плоскость, так и при падении (падениях) на ступени лестничного марша”, “часть царапин на теле ребенка могла образоваться и от воздействия костей собаки крупной породы”, в то же время “наступление собаки на тело потерпевшего” указывается как маловероятная причина кровоподтеков на конечностях ребенка. В заключение эксперты делают вывод, что “телесные повреждения ребенок Г. А. Агеев получал неоднократно”. По обращению Агеева Антона Петровича 03.09.09 руководитель Департамента судебно-медицинских экспертиз АНО “Центр Судебных Экспертиз” О. Н. Швагер провел анализ составленного заключения и исходных материалов. В своем исследовании он подробно проанализировал все телесные повреждения, которые были зафиксированы у Глеба Агеева 20.03.09, а также динамику клинического обследования и лечения в медицинских учреждениях, подтвердил возможность различной природы этих повреждений, не исключив при этом в качестве причины “ступени лестницы, зубы или когти собаки”. Обнаруженное повреждение в виде ожоговой раны образовалось в результате воздействия нагретой жидкости. Кроме того, специалист в области судебной медицины О. Н. Швагер отметил, что “имеющиеся в медицинских документах данные об особенностях

психического и физического развития Г. Агеева (“синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Темповая задержка психического развития”) свидетельствуют о возможности Агеева Г. А. самостоятельно совершить падение с лестницы и опрокинуть на себя чайник с горячей водой”. “Причиненные Г. А. Агееву повреждения... не были опасными для жизни, ... повлекли за собой кратковременное расстройство здоровья..., расцениваются как легкий вред здоровью”. “Длительное нахождение Г. Агеева на лечении определено тактикой лечащего врача, “ребенок поступил в больницу (Морозовскую детскую) по социальным показаниям” и в причинно-следственной связи с телесными повреждениями не находится”.

19 июня 2009 г. в Областном центре социальной и судебной психиатрии при Центральной московской областной клинической психиатрической больнице на основании постановления старшего следователя Королевой Е. С. от 27.04.2009 Агеевой Л. В. была проведена амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. На разрешение экспертов были поставлены следующие вопросы:

1. Страдала ли Агеева Л. В. какими-либо психическими заболеваниями, если да, то какими именно?

2. Страдает ли Агеева Л. В. какими-либо психическими заболеваниями и расстройствами в настоящее время, если да, то какими именно?

3. Имелись ли у Агеевой Л. В. на момент совершения данных преступлений какие-либо временные расстройства психики, могла ли она отдавать отчет в своих действиях или руководить ими в момент совершения преступления?

4. Способна ли Агеева Л. В. по своему психическому состоянию предстать перед следствием и судом и нести ответственность за содеянное?

5. Страдает ли Агеева Л. В. наркоманией или алкоголизмом?

6. Нуждается ли Агеева Л. В. в применении к ней принудительных мер медицинского характера, если да, то каких именно, и имеются ли противопоказания к лечению?

7. Каковы индивидуальные психологические особенности Агеевой Л. В.?

8. Могли ли они оказать существенное влияние на ее поведение во время совершения инкриминируемых ей деяний?

9. Нуждается ли Агеева Л. В. в направлении на стационарную судебную психиатрическую экспертизу?

Экспертная комиссия пришла к заключению, что “АГЕЕВА Л. В. каким-либо психическим расстройством не страдала и не страдает им в настоящее время. В период, относящийся к инкриминируемому ей деянию, АГЕЕВА Л. В. также не обнаруживала и каких-либо признаков временного психического расстройства. Поэтому, как не страдающая каким-либо хроническим психическим расстройством была способна в период, относящийся к инкриминируемому

ей деянию, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время по своему психическому состоянию АГЕЕВА Л. В. также может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими; правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела и давать о них показания, предстать перед следствием и судом. В применении медицинских мер принудительного характера АГЕЕВА Л. В. не нуждается. Для решения вопроса о наличии синдрома алкогольной зависимости АГЕЕВА Л. В. нуждается в проведении судебно-наркологической экспертизы. В направлении на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу АГЕЕВА Л. В. не нуждается”. Эксперты-психологи выявили у Агеевой такие “патологические особенности личности” как “эгоцентризм, эмоциональная неустойчивость, колебания настроения с дисфорической окраской в периоды его снижения, вспыльчивость, раздражительность, огрубление эмоциональных проявлений со снижением эмпатии, капризность, изворотливость, склонность к демонстративным формам поведения”, однако отметили, что они “не столь выражены, не сопровождаются нарушениями восприятия, памяти, мышления, интеллекта, критических способностей и не лишают ее способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, прогнозировать возможные последствия своих поступков. Указанные особенности личности Агеевой нашли отражение в мотивации и особенностях реализации инкриминируемых ей деяний”.

В связи с несогласием Агеевой Л. В. и ее адвоката с заключением комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы они обратились в НПА России с просьбой о проведении комиссионного освидетельствования и оценки представленных документов.

**При настоящем исследовании обнаружено следующее.**

**Жалобы** на подавленность, чувство безысходности и душевный дискомфорт, тоску по детям, резкое похудание (15 кг.), периодически нарушение сна.

**Анамнез** (со слов освидетельствуемой). Наследственность психопатологически не отягощена. Отцу сейчас 69 лет, по характеру общительный, энергичный, очень аккуратный и требовал аккуратности и соблюдения порядка от домашних. Матери 67 лет, по характеру заботливая, сопереживающая, достаточно строгая. Освидетельствуемая была единственным ребенком в семье служащих. Беременность и роды у матери протекали нормально. В раннем детстве развивалась по возрасту, болела мало. До трех лет мать кормила девочку грудным молоком, так как считала это полезным, бабушка возила ребенка для кормления грудью на работу матери. Росла спокойной, не капризной, общительной, хорошо адаптировалась в новой обстановке. Считает, что в семье ее не баловали,

росла не требовательной, да и все необходимое в доме всегда было (например, говорит, что сейчас не любит конфеты “Белочка”, “Грильяж”, “Мишки...”, которые всегда были в доме в детстве). С трех лет посещала детский сад, с семи лет пошла в школу. Училась хорошо, легко, была активной, класс был дружным, хорошо со всеми ладила, была секретарем комсомольской организации школы. До сих пор поддерживает теплые отношения с классным руководителем, лучшая подруга — также со школьных лет. Дома мать учила девочку готовить, следить за порядком. Рассказывает, что на ее письменном столе всегда был идеальный порядок, и мать с гордостью показывала ее стол знакомым. Увлекалась рукоделием и с 13 лет сама себе вязала, шила одежду; любила музыку, театр, недолго занималась в драмкружке. В юности писала стихи, в основном о любви, но никому их не показывала. Говорит, что и сейчас иногда пишет поздравления в стихах к юбилеям, дням рождения своих друзей и знакомых. Обстановка в семье родителей была спокойной, скандалов не было, но когда девочке было 18 лет, родители разошлись. С тех пор с отцом практически не общается. После окончания школы хотела поступать в юридический ВУЗ, но мать считала, что она не сможет поступить на юрфак МГУ, и тогда Агеева Л. В. поступила в Московский институт стали и сплавов, по окончании получила специальность инженера механика, работала инженером. В 1982 г. (19 лет) вышла замуж, в 1983 г. родила сына. Беременность, роды протекали нормально. Впоследствии перенесла инфекционный мастит и ребенка грудью не кормила. Сыну уделяла много внимания, чтобы больше быть с ребенком, старалась работать неполный день. Муж впоследствии стал злоупотреблять алкоголем, не помогал материально, в 1989 г. стали жить раздельно, а в 1990 году по инициативе Агеевой Л. В. оформлен развод. В этом же году повторно вышла замуж за Агеева А. П., отношения с ним всегда были и остаются хорошими. Муж усыновил ее ребенка, но они очень хотели иметь и общих детей. Т.к. беременности не наступало, с 1992 стали обращаться к врачам по поводу бесплодия, но безрезультатно. В мае 2000 г. после тяжелой скоростной болезни умер сын Агеевых — Руслан. Агеева Л. В. тяжело переживала смерть сына, была подавлена, тосклива, часто ездила на кладбище. Говорит, что в этот период много внимания уделяли ей муж, родные, друзья, которые хотели помочь ей в горе. В 1996 г. Агеева Л. В. получила второе высшее образование — юридическое. Агеева Л. В. неоднократно меняла места работы, руководствуясь материальными соображениями, иногда по совету друзей, иногда из-за ликвидации предприятия, кроме того, ей нужна была работа с неполной занятостью. Но всегда уходила без конфликтов, сохраняла добрые отношения с сослуживцами. В 2003 – 2005 гг. работала с мужем в г. Воронеже, там также продолжали безуспешно заниматься вопросами деторождения. С 2007 г.

Агеева Л. В. работала заместителем начальника юридического отдела “Прадо-банка”, характеризовалась положительно, там же работал и ее муж. С 2006 г. Агеевы стали думать о том, чтобы усыновить детей. Серьезно готовились к этому, хотели, чтобы дети жили за городом, поэтому стали строить загородный дом. Перед тем, как взять детей, супруг Агеевой, по его просьбе, был переведен с должности председателя банка на должность заместителя председателя, чтобы иметь возможность больше времени проводить дома с детьми, а Агеева Л. В. стала работать на дому. Они усыновили мальчика и девочку, желая, чтобы дети были братом и сестрой, хотели, чтобы в будущем каждый из них имел близкого человека. В апреле 2008 г. Агеевы взяли из детского дома мальчика в возрасте 3 лет и девочку в возрасте 1 года 8 месяцев. Агеевы знали о том, что у Глеба была задержка психо-моторного и речевого развития и плоско-вальгусные стопы, а у Поли было открыто овальное окошко межпредсердной перегородки. Агеевы проживали с детьми в загородном доме. Агеева Л. В. занималась здоровьем детей, обращалась в ортопедический центр, детский реабилитационный центр, к стоматологу. Неврологом Глебу было назначено лечение, по совету ортопеда оба ребенка носили ортопедическую обувь. У Поли кардиологами отмечено сужение овального окошка до нормы. Агеева Л. В. дважды в неделю возила детей на развивающие занятия (лепка, рисование, подвижные игры, сценки), и дважды в неделю на занятия танцами. Дома детям также уделялось много внимания со стороны отца и матери. Агеева Л. В. любила наряжать детей как близнецов, подчеркивая их родство, с удовольствием шила и вязала им одежду. В доме часто были соседские дети, организовывались общие игры, занятия. Глеб и Полина любили помогать маме, когда она работала в саду: поливали цветы из собственных маленьких лейек, кормили животных. Агеева Л. В. отмечает, что дети были очень послушны, связывает это с нахождением детей прежде в доме ребенка. При опросе свидетели на суде (протоколы судебных заседаний) отмечали, что отношения родителей и детей были хорошими, родители уделяли детям много внимания, дети окрепли, были нормально развиты для своего возраста, дети к родителям относились открыто, дружелюбно. Агрессивности со стороны родителей к детям никто не замечал.

20 марта 2009 г. около восьми часов вечера Агеева Л. В. занималась домашним хозяйством и минут на 15 оставила детей без присмотра, думая, что с ними отец. Она услышала стон Глеба и вошла в дом. Мальчик лежал около лестницы, над ним стояла собака. Когда она вошла в дом, собака убежала. Агеева Л. В. увидела кровь на лице у ребенка, у него был рассечен подбородок и надбровная дуга. Она повела мальчика в ванную, чтобы смыть кровь, потом пришел муж, который занялся мальчиком, а она ушла накрывать на стол к ужину. Мальчик отказался от еды, ему обрабо-

тали раны, у него была покрасневшая кожа на щеке, но родители не могли понять от чего, ребенка уложили в постель. Отец поднялся на второй этаж и увидел опрокинутый чайник, предположили, что у ребенка ожег. Родители обратились к соседке, которая, как они знали, недавно возила своего ребенка в травмпункт, и попросили помочь им. Отец с соседкой повезли мальчика в травмпункт, а Агеева Л. В. осталась дома с младшей дочерью. Из травмпункта ребенка доставили в Детскую больницу № 9, где у врачей возникло подозрение, что ребенок избит, и они вызвали милицию. На следующий день в больнице уже были корреспонденты, и дело получило широкую огласку. 27 марта 2009 г. Глеба выписали домой, но 29 марта детей забрали из семьи. Сначала дети были помещены в больницу, а затем в социальный приют. 17 июня 2009 г. Решением Преображенского районного суда г. Москвы было отменено усыновление и удочерение Агеевым А. П. и Агеевой Л. В. 2-х детей. Против Агеевой Л. В. возбуждено уголовное дело по ст. 156 ч. 1, ст. 117 УК РФ, ведется следствие. В рамках уголовного расследования Агеевой Л. В. была назначена судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, которая была проведена в Московском областном центре социальной и судебной психиатрии при ЦМОКПБ. Агеева Л. В. считает, что экспертиза была проведена слишком поспешно, эксперты были тенденциозно настроены против нее, и не согласна с их заключением, в связи с этим она обратилась в НПА России.

Из перенесенных заболеваний отмечает хр. тонзиллит в детстве, в 2006 г. эрозивный гастрит. Травмы головы, потери сознания отрицает. Гинекологически здорова, месячные с 14 лет, регулярно.

Из вредных привычек отмечает курение, последние полгода до 1,5 пачки сигарет в день. Злоупотребление алкоголем отрицает, наркотических веществ никогда не пробовала. В материалах дела имеются справки из ПНД № 8 и НД № 8, что Агеева на учете у психиатра и нарколога не состоит (из заключения комиссии экспертов № 937).

В настоящее время Агеева Л. В. не работает. В связи с шумной кампанией в СМИ ей и мужу пришлось уволиться по собственному желанию, чтобы не дискредитировать банк, в котором они работали.

Последние полгода на фоне психотравмирующей ситуации состояние Агеевой Л. В. изменилось, у нее снизилось настроение, появилась подавленность, чувство дискомфорта, тоска по детям. После отобрания детей она за месяц похудела на 15 кг. Они с мужем несколько раз в месяц приезжают в приют, где находятся дети, привозят им гостинцы, но не пытаются встречаться с детьми, чтобы “не травмировать их”. Периодически она плохо спит. Тревожится по поводу сложившейся ситуации.

Сомато-неврологическое состояние без особенностей.

**Психическое состояние.** Полностью ориентирована, контактна. На освидетельствование пришла одна, понимает цель проводимого исследования, доброжелательна, старается произвести хорошее впечатление. Одетая опрятно, в меру пользуется косметикой, худощава, лицо печальное. Выглядит уставшей, старше своего возраста. Во время беседы несколько напряжена, постоянно совершает движения руками, потирает пальцы и кисти рук. Настроение снижено, когда говорит о детях, на глазах появляются слезы, плачет, но старается быстрее успокоиться. На вопросы отвечает по существу, очень подробно. Показывает фотографии детей, дома, сада, рассказывает, как они жили. Очень тепло говорит о детях, переживает и тревожится за них, категорически отрицает грубое отношение с детьми. Отрицает выдвинутые против нее обвинения, говорит, что никогда и не наказывала детей, что они были удивительно послушными для своего возраста, связывает это с тем, что прежде они воспитывались в детском доме. Подавлена тем, что их семью разрушили. Считает, что их дело рассматривается несправедливо и по отношению к ней с мужем, и по отношению к детям, ищет помощи. Фиксирована на психотравмирующей ситуации и встревожена ею. Говорит, что согласилась на освещение их дела по телевидению, так как надеялась, что сможет донести свою позицию и действительное положение вещей до людей, потому что в суде и при следствии показания их и свидетелей не принимаются во внимание. Отмечает, что в данной ситуации их очень поддерживают и сочувствуют друзья, соседи, знакомые. Принесла массу публикаций по их делу, возмущена тем, как пресса это освещает. Плачет, когда показывает опубликованную в газете фотографию Глеба, которого целует его “биологическая” мать, лишенная материнских прав и отказавшаяся от детей. Ситуацию оценивает достаточно критически.

Когнитивные функции сохранены, в мышлении несколько обстоятельна.

Продуктивной психотической симптоматики не выявлено. Суицидальных мыслей нет.

Л. В. Агеевой проведено **экспериментально-психологическое исследование** с использованием теста Роршаха, экспресс-предъявления некоторых таблиц Тематического апперцептивного теста, методик “Простые аналогии” и сравнение пословиц, рисуночных тестов. Агеева хорошо понимает смысл исследования, инструкции усваивает быстро, работает в достаточном темпе, старается. При исследовании тестом Роршаха на первый план выступает большое количество показателей тревожного настроения (ответы с опорой на светотень, анатомические образы, рентгеновские снимки и т.п.), однако среди них преобладают ответы с опорой на дифференцированную светотень, что является показателем преодолеваемой тревоги. Агеева демонстрирует высокий уровень психической активности и продуктивности (большое ко-

личество ответов, много комбинированных образов, незначительное количество ответов облегченного типа), достаточную гибкость мышления (ответы с опорой на движение), высокие творческие способности (оригинальные ответы, смещение фигуры и фона, внимание к необычным, в том числе мелким, деталям в сочетании с высоким аналитизмом — формула восприятия:  $(W) - D - DdS$ ), гармоничное соотношение интеллектуальной и эмоциональной сфер, экстра- и интраверсии ( $M : C = 5 : 4,5$ ). Наряду с этим отмечается тенденция к эмоциональной напряженности ( $F\% 75$ ), оппозиционности ( $S/R 0,12$ ) и снижению реалистичности ( $IR 5$ ), некоторое снижение контроля эмоций ( $FC < CF = 1,5 < 3$ ), существенное ухудшение качества психической продуктивности в эмоционально значимых ситуациях (ухудшение качества ответов на полихромные таблицы). Все эти особенности психического состояния Агеевой ведут к актуальному снижению категориальной четкости познавательных процессов, некоторой дезорганизации психической деятельности ( $F+ \% 47$  вместо  $70 \pm 5$ ), что проявляется и при выполнении ею простейших методик на мышление. В частности в “Простых аналогиях” Агеева поначалу делает три ошибки, которые затем легко исправляет. При предложении дать несколько вариантов происходящего на 14, 18 и 13 таблицы ТАТ, демонстрирует высокую гибкость мышления, творческие способности и высокую эмпатию, не сразу, но дает ответы, свидетельствующие об отсутствии скрытой агрессии. Рисунки крупные, экспрессивные, выявляют высокую значимость детской темы и теплое отношение к своим детям (рисунок человека и человека противоположного пола — девочка и мальчик, взявшиеся за руки, с мороженым) и фиксацию на собственной ситуации (Дом и три человека — двое взрослых и двое детей возле дома). Себя Агеева оценивает как любящую, терпимую и способную к сопереживанию. Среди отрицательных качеств отмечает вспыльчивость и мнительность. Таким образом, у Агеевой Л. В. обнаружено тревожно-депрессивное состояние, обусловленное длительным нахождением в психотравмирующей ситуации, которое ведет к некоторой дезорганизации ее психической деятельности. Однако высокие интеллектуально-мнестические способности Агеевой и четкая внутренняя самоорганизация позволяют ей справляться с имеющейся тревогой, и уровень расстройств не достигает клинического. В настоящее время Агееву отличает эмоциональная неустойчивость и тенденция к оппозиционности, которые, однако, могут нивелироваться по выходе из реактивного состояния. Никаких агрессивных тенденций, как по отношению к детям, так и к другим людям, у Л. В. Агеевой не выявлено.

Полученные данные существенно отличаются от результатов психологического исследования Агеевой экспертами-психологами Областного центра социальной и судебной психиатрии. Эксперты не учли, что

Агеева находилась в психотравмирующей ситуации, и ее поведение в значительной мере определялось внутренними переживаниями, связанными с потерей детей и предъявленным обвинением. То, что эксперты расценили как эгоцентризм, вероятно, было отражением фиксации Агеевой на ее собственной глубоко психотравмирующей ситуации. Термины “капризность и изворотливость” носят оценочный характер, не употребляются в экспертной практике и свидетельствуют о тенденциозности экспертов в отношении Агеевой. Ее раздражительность и дисфорические реакции были ответом на нескрываемую тенденциозность экспертов и недоброжелательное отношение к подэкспертной (см. заявление Агеевой ст. следователю Королевой, написанное сразу после проведения экспертизы).

Обращает на себя внимание также грубо тенденциозная, обвинительная — до установления виновности судом — манера формулирования вопросов следователем, задающая соответствующую установку экспертам. Так, например, следователь неоднократно, задавая свои вопросы, использует выражение “на момент совершения преступления”, так словно это доказанный факт.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Л. В. Агеева ранее психически заболеваниями и другими психическими расстройствами не страдала. На момент получения ребенком телесных повреждений у Л. В. Агеевой также не наблюдалось каких-либо психических расстройств, и она по своему психическому состоянию могла осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. В настоящее время у Л. В. Агеевой имеется тревожно-депрессивная симптоматика, обусловленная реакцией на психотравмирующую ситуацию. Степень ситуационно обусловленных расстройств невротического уровня позволяет Л. В. Агеевой участвовать в следственных действиях, давать показания по делу и защищать свои интересы в суде. Индивидуально-психологические и личностные особенности Л. В. Агеевой не содержат ни клинических, ни экспериментально-психологических (по личностным тестам) характеристик, которые бы непосредственно указывали на агрессивность Л. В. Агеевой или обладали высокой интеркорреляцией с жестокостью перверзного, эпилептиформного или органического круга. Проведенное исследование позволяет характеризовать Л. В. Агееву как добросовестную любящую мать, а предположение об истязаниях ею своего ребенка Глеба Агеева признать крайне маловероятным. Нет никаких оснований полагать, что Л. В. Агеева страдает алкогольной и наркотической зависимостью. Рекомендация экспертов Областного центра социальной и судебной психиатрии о проведении Агеевой наркологической экспертизы не обоснована.

**Члены комиссии:** Врачи-психиатры Ю. С. Савенко, Н. В. Спиридонова, В. Н. Цыганова, медицинский психолог Л. Н. Виноградова

## Место психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении расстройств шизофренического спектра

А. В. Павличенко<sup>1</sup>

**Ключевые слова:** расстройства шизофренического спектра, мишени психотерапии, когнитивные расстройства, мотивация, психотерапевтические принципы

### Расстройства шизофренического спектра: двумерная модель

В крепелиновской теории позитивные и негативные расстройства при шизофрении рассматривались как единство, интегрированное в структуру синдрома, и лишь в совокупности отражающие закономерности течения процесса. В качестве альтернативы этой теории в последние десятилетия выдвигается двумерная модель шизофрении, которая позволяет рассматривать позитивные и негативные расстройства как относительно независимые, обнаруживающие собственные стереотипы развития симптомокомплексы эндогенного заболевания. Кроме того, в качестве отдельных составляющих шизофренического процесса выделяются нейрокогнитивные и аффективные расстройства, что не совсем согласуется с классической психиатрией, где данные синдромы вообще не описывались или занимали подчиненное положение (Мосолов С. Н., 2001, Os J., 2009).

Нейрокогнитивные расстройства представляют собой стабильные, устойчивые образования. Эмпирически при шизофрении подтверждены ошибки в установлении связи между отдельными элементами поступающей информации, в разграничении конкретного и абстрактного, части и целого, явных и скрытых значений (Hemsley D., 1996, Критская В. П., 1991). Ошибочная переработка информации сопровождается выбором неадекватных вариантов реагирования на нее (Cohen J., 1992). Когнитивные отклонения отражаются и на вербальной продукции больных. Отмечается снижение удельного веса слов, придающих речи коммуникативную функцию, что в общении проявляется в виде неспособности точно выразить свою мысль (Jaeger, 2003). В мышлении больных выявлены типичные особенности (Gold J., 1993): неправомер-

ные обобщения, избирательное абстрагирование, ошибки в правильном построении причинно-следственной цепи событий, тенденции к “черно-белым” оценкам. В качестве наиболее существенного элемента нарушения переработки информации выделяется нарушение правильного включения поступающей информации в структуру прошлого опыта, затрудняющее возможность ее эффективного использования в различных ситуациях. Больным шизофренией свойственны выраженные трудности в распознавании правильного значения эмоциональных состояний и реакций окружающих, что существенно ухудшает их социальную дезадаптацию (Green M., 2004). Хотя степень выраженности когнитивных расстройств и находится под воздействием средовых факторов, они, тем не менее, сохраняют автономию от сопряженных с ними негативных расстройств (Saykin J., 1991). Большие надежды на улучшение когнитивных функций возлагается на использование атипичных антипсихотиков (Akdede B., 2006, Кабанов С. О., 2007). Место же психотерапевтических мероприятий в этом контексте представляется весьма скромным. В то же время представленные когнитивные отклонения способствуют формированию разного рода когнитивных ошибок (Вид В. Д., 2008). К ним можно отнести следующие: искаженное восприятие себя и окружающих, что сопровождается отсечением отрицательной информации о себе и гипертрофированной подачей потенциально положительной; искажения идеальных представлений, что приводит к заниженной самооценке; инфантильные проекции, и, как следствие, непонимание собственной роли в формировании состояния дезадаптации; манипулятивный уход от стрессовых воздействий; косвенный контроль окружающих через предьявляемую беспомощность. Именно перечисленные когнитивные ошибки и должны стать мишенью психотерапевтических, в первую очередь когнитивно-поведенческих, методов в комплексном лечении расстройств шизофренического спектра.

<sup>1</sup> Кафедра психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета Росздрава.



Из всего круга негативных расстройств, которые считаются базисными шизофреническими симптомами, следует остановиться на проблеме нарушений мотивации. Клинически расстройства мотивации проявляются разнообразно — это разноплановость, бессистемность мотивации, сужение круга мотивов и их побудительного уровня, отсутствие гибкости в перестройке мотивов. Именно побудительная активность в первую очередь определяет уровень трудоспособности больных. При астеническом типе ремиссий мотивационный, побудительный компонент страдает тотально. Уровень мотивации имеет высокую прогностическую значимость, он является важным признаком прогноза ремиссии. На мотивацию части больных к лечению и продуктивной деятельности парализующим образом действует существующая система социального обеспечения. Подтверждением тому является учащение псевдоремиссий перед освидетельствованием ВТЭК в ситуациях, когда трудоустройство влечет за собой прекращение выплаты пенсий. Немалое число больных расстройствами шизофренического спектра является настоящими “экспертами” по пребыванию в психиатрических учреждениях, дающих убежище и минимальные радости жизни, не требуя взамен никакой ответственности или активной деятельности. В тех случаях, когда вторичная выгода от болезни превышает выраженность психопатологических расстройств, успех от психотерапевтических мероприятий маловероятен. Освобождение от работы, пенсия могут быть достаточно причинами для того, чтобы цепляться за болезнь. В ответ на стимуляцию врача больные часто выражают полное согласие с необходимостью трудоустроиться, не предпринимая никаких практических шагов в этом направлении. Пособие по инвалидности часто имеет и свою оборотную сторону, парализуя собственные усилия больного в реадaptации. Задача ресoциализации выполняется лишь при активном сотрудничестве больного в лечении. Такая позиция больного в большинстве случаев не наблюдается, что ставит все модели психотерапии в зависимость от их возможностей воздействия на мотивацию больных шизофренией. При нарушениях мотивации мишенью психотерапии может стать снижение побудительного уровня мотивов.

В последние годы подчеркивается необходимость разделения первичных и вторичных негативных симптомов (Мосолов С. Н., 2001). Первичные негативные симптомы рассматриваются как базисные шизофренические расстройства, они практически необратимы, крайне резистентны к любому лечению, в том числе психотерапевтическому. Вторичная негативная симптоматика не является составной частью шизофренического процесса, а представляет собой вторичные последствия заболевания или его лечения. Вторичные негативные симптомы могут быть

вызваны продуктивной психотической симптоматикой, побочными эффектами нейролептиков, постшизофренической депрессией, реактивно-личностными наслоениями, вызванными вынужденной социальной отгороженностью пациентов вследствие длительного нахождения в психиатрической больнице или реакцией ближайшего окружения. Вторичные негативные расстройства могут быть мишенью психокоррекционных мероприятий.

### Психотерапевтические принципы в работе с эндогенно-процессуальными больными

В настоящее время на русском языке появилось несколько работ, представляющих обзоры психотерапевтических методов, используемых в комплексной терапии шизофрении. В обзоре А. Б. Холмогоровой (1993) подробно описываются современные психодинамические, когнитивно-поведенческие и интегративные психотерапевтические стратегии, используемые именно при расстройствах шизофренического спектра. В монографии В. Д. Вида “Психотерапия шизофрении” (2008) показаны мишени для психотерапевтических, преимущественно психоаналитических, интервенций при расстройствах шизофренического спектра, выделены дезадаптирующие больных психологические защиты.

Нам представляется, что психотерапевтические методы, используемые в комплексном лечении эндогенно-процессуальных больных, должны быть адаптированы для этой когорты пациентов с учетом клинико-динамических особенностей расстройств шизофренического спектра и современных достижений нейронаук в этой области. Игнорирование этого принципа в лучшем случае приведет к неэкономному расходованию усилий психотерапевта и, как следствие, к малоэффективности психотерапии в целом, в худшем же — может способствовать обострению различных шизофренических симптомов. Психотерапии шизофрении — это, в первую очередь, психотерапия клиническая в понимании М. Е. Бурно (2006). Использование комплексного фармакотерапевтического и социореабилитационного воздействия оказывает мощное взаимопотенцирующее влияние, помогает личности критически осмыслить, дистанцироваться, и активно противодействовать базисным шизофреническим расстройствам. Все это позволяет не согласиться с А. Б. Смулевичем (2009), по мнению которого добавление психотерапевтических методик к дифференцированной психофармакотерапии вялотекущей шизофрении практически не улучшает долгосрочный прогноз у этой категории больных.

Одна из основных задач, стоящих перед психотерапией шизофрении — восстановление утраченных межличностных контактов, укрепление личностных

компенсаторных возможностей, возвращение больного в “общий мир” так называемой психической нормы. Психотерапии — это, в первую очередь, *лечение врачом* (Любан-Плоцца, 2000). Это утверждение в полной мере относится к психотерапии расстройств шизофренического спектра. Нам представляется особенно важным при длительной терапии больных с расстройствами шизофренического спектра придерживаться ряда психотерапевтических принципов, во многом дополняющих друг друга.

### **1) Главенство врача**

С учетом вышеперечисленных особенностей расстройств шизофренического спектра, а также специфики эндогенно-процессуальных пациентов, подверженных разнообразным мифам относительно природы своего заболевания (самостигматизация) и часто крайне неохотно идущих на любой контакт со специалистами, работающими в сфере психического здоровья, нам представляется, что на первых этапах лечения комплексное (психофармакологическое и социопсихотерапевтическое) воздействие должно осуществляться одним человеком — лечащим врачом. Это, конечно, требует от врача не только высоких профессиональных знаний, но и особых личностных характеристик: доброжелательность, искренность, гибкость, теплота. Поддержка пациента врачом может длиться годами, однако, ее не следует навязывать. Если больной способен относительно успешно справляется с жизненными трудностями и его психическое состояние является стабильным, ему можно смело предоставлять инициативу во встречах с врачом. На этапе поддерживающей терапии возможно привлечение к работе психологов-психотерапевтов, использование адаптированных для расстройств шизофренического спектра психотерапевтических техник.

### **2) Уважение**

Врач, прежде всего, должен постараться познать и понять мир переживаний своих больных, чувствовать уважение к ним. Пациенты всегда оценят эти усилия и, тем самым, мир здоровых людей не будет для них таким чужим и враждебным.

### **3) Непосредственность в отношениях**

Как известно, эмоциональные реакции больных шизофренией часто поражают своей непредсказуемостью, высокой амплитудой проявлений, полярностью, отсутствием полутонов. Это приводит к тому, что они не переносят всякой лжи, даже, если это, как представляется врачу, “ложь во благо”. В работе с ними следует избегать всякой маски, фальши, напускной деловитости, т.к. они чрезвычайно к ним чувствительны. Окружающий мир часто вызывает в пациентах чувство неуверенности и страха, а в случае, если и врач предстает перед ними в “социальной маске”, это

еще больше дистанцирует их от других людей. Нежелательно их обманывать, использовать хитрость. В беседах лучше предоставить инициативу им самим, пусть они руководят ходом разговора. Исключительно важным психотерапевтическим фактором является свобода. Нельзя больного силой тащить назад, в клетку нормальной жизни. Скорее следует постараться показать ему, что в обычной жизни также есть вещи, которые могут привлечь и заинтересовать его, что эта жизнь не такая уж серая и безнадежная, как она ему представляется. В отличие от работы с невротиками, с эндогенно-процессуальными больными, находящимися в ремиссии, не следует планировать предстоящие беседы. Лучше всего, если пациент может прийти к врачу в любое время, как только почувствует необходимость встречи. Он должен чувствовать, что в любую минуту он может получить доступ к своему врачу.

### **4) Атмосфера душевного тепла**

Социальное окружение, даже самые близкие люди, часто оказывается для больного чужим, холодным, нередко враждебным миром. Атмосфера непонимания другими его страданий усугубляет страх перед людьми, способствует избеганию контактов. Именно в общении с врачом пациент может почувствовать понимание его проблем, доверие к его опасениям и сомнениям. Если он чувствует себя любимым и принимаемым врачом, то последний часто становится представителем целого мира. Это является первым шагом к тому, что мир для больного становится менее пугающим. Кроме врача, другие больные также могут стать для них их “семьей”. Среди больных шизофренией часто можно наблюдать взаимопонимание и желание сближения друг с другом. Польский психиатр Антон Кемпински (1998) называл эти небольшие группы “*societas schizophrenica*”, отмечал, что между больными часто осуществляется нечто вроде групповой психотерапии. К сожалению, атмосфера современной психиатрической больницы крайне редко способна осуществить запрос больного в психологическом комфорте, часто она лишь способствует усилению отгороженности, замкнутости.

### **5) Психообразовательная работа**

Эндогенно-процессуальным пациентам нередко приходится объяснять не только особенности их психического состояния, но и их эмоциональные реакции и впечатления, возникающие при столкновениях с окружающим миром. При попытках объяснения психопатологических явлений целесообразно исходить из анализа “нормальной” психической деятельности, а патологию трактовать как преувеличение того, что укладывается в рамках “нормальности”. Следует также привлекать сведения из соматической медицины, подчеркивать, что психические расстройства — это

такие же расстройства, как болезни внутренних органов, с той лишь разницей, что органом поражения является головной мозг. Часто больные достаточно настойчиво просят назвать их заболевание, указать возможную причину, при этом крайне боятся услышать слово “шизофрения”. Врач при этом оказывается в затруднительном положении. С одной стороны, следует избегать употребления этого термина, использовать более нейтральные термины (“психическое расстройство”, “невроз”, “психоз”), с другой стороны, он должен не соглашаться с больным, когда он трактует душевное расстройство как “нервный срыв”, “переутомление”. Если пациенту удалось узнать свой диагноз, что нередко является для него субъективно значимым психотравмирующим фактором, то следует указать на неправомерность распространенного мнения о принципиальной неизлечимости этого заболевания, указать на возможность достижения выраженного улучшения, а ряде случаев и практического выздоровления, при правильной тактике лечения. Следует также особо отметить высокий риск возвращения этого состояния в случае прекращения приема лекарств. Чрезвычайно важным является обучение больного своевременному распознаванию надвигающегося рецидива с одной стороны, и в то же время — игнорированию отдельных, затрудняющих адаптацию психопатологических проявлений — с другой. Следует гибко использовать отдельные варианты подобных психообразовательных приемов. Иногда это может быть простой совет с указанием того, что надо сделать, иногда это обучение проблемно-решающим алгоритмам поведения, позволяющим избегать типовых конфликтов с другими людьми, иногда это предложение больному нескольких альтернативных вариантов поведения, один из которых он может выбрать самостоятельно. На этапе поддерживающей терапии крайне желательно привлечение пациентов и членов их семей к работе в отечественных общественных организациях (“Общественные инициативы в психиатрии”, “Семья и психическое здоровье), где в ходе групповых семинарских занятий пациенты не только обучаются основам психиатрической грамотности,

но также на примерах других больных избавляются от ощущения безвыходности их положения (Ротштейн В. Г., 2009).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. М., 2006. 800 с.
2. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. С.-П., 2008. 512 с.
3. Кабанов С. О. Сравнительная оценка влияния антипсихотической фармакотерапии на когнитивные нарушения у больных параноидной шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
4. Кемлинский А. Психология шизофрении. С.-П., 1998. 292 с.
5. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание. М., 1991. 256 с.
6. Любан-Плюцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб, 2000, 287 с.
7. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 240 с.
8. Ротштейн В. Г., Кулик М. С. Новый этап в психиатрическом образовании пациентов и членов их семей // Психиатрия и психофармакотерапия. 2009. № 3. С. 46 – 47.
9. Смуглевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 2009. 256 с.
10. Холмогорова А. Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 1. С. 20 – 29.
11. Akdede B. B., Anil Yapcioglu A. E., Meltzer H. Y. A double-blind study of combination of clozapine with risperidone in patients with schizophrenia: effects on cognition // J Clin Psychiatry. 2006 Dec; 67(12): 1912-9.
12. Cohen J. D., Servan-Schreiber D. Context, cortex, and dopamine: a connectionist approach to behavior and biology in schizophrenia // Psychol Rev. 1992 Jan; 99(1): 45-77.
13. Green M. F., Heaton R. K. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS // Schizophr Res. 2004 Dec 15; 72(1): 41-51.
14. Hemsley D. R. Schizophrenia. A cognitive model and its implications for psychological intervention // Behav. Modif. 1996 Apr; 20(2): 139-69. Review.
15. Jaeger J., Czobor P., Berns S. M. Basic neuropsychological dimensions in schizophrenia // Schizophr Res. 2003 Dec 15; 65(2-3): 105-16.
16. Os J., Kapur S. Schizophrenia // Lancet. 2009 Aug 22; 374: 635-45. Review.
17. Saykin A. J., Gur R. C., Gur R. E., Mozley P. D., Mozley L. H., Resnick S. M. Neuropsychological function in schizophrenia. Selective impairment in memory and learning // Arch Gen Psychiatry. 1991 Jul; 48(7): 618-24.

# Улучшение социализации психически больных в условиях санаторного отделения<sup>1</sup>

А. Л. Дмитриев<sup>2</sup>

Социальная направленность любого лечебного действия, любой медицинской манипуляции очевидна и не зависит от тяжести патологического процесса. Сама дихотомия болезнь — здоровье в социологическом контексте ее рассмотрения подразумевает полезность, целесообразность, эффективность прилаживаемых к пациенту средств и методов с целью максимально возможного приближения пациента к обществу. Несмотря на то, что в условиях психиатрического стационара задача возвращения пациента в общество не ставится непосредственно “в лоб”, однако психиатр, психотерапевт, клинический психолог всегда выступали и будут выступать, помимо их непосредственной лечебной, реабилитационной работы еще и как некие **общественные лица**, поощряющие нравственные установки, усилия пациентов, направленные на преодоление болезненной симптоматики, и конечно поддерживающие мало-мальски возникающие социальные тенденции. Известно всем, что наличие в отделении хотя бы нескольких социально ориентированных пациентов создает некий центр притяжения, вносит в климат отделения атмосферу жизнелюбия, оптимизма, целенаправленности в действиях.

Сегодня в стране существует множество факторов, серьезно осложняющих и даже прямо препятствующих интегрированию психически больных в социум. Это: имеющиеся социально-экономические сложности, касающиеся косвенно и пациентов психиатрического стационара; отсутствие многопрофильных промежуточных в плане реабилитации производств; компьютерный учет населения с жестко-регламентированными ограничениями для психиатрических пациентов; усиление требований по интенсификации труда со стороны многочисленных частных предприятий; утяжеление самих заболеваний из-за воздействия многочисленных психотравмирующих факторов мегаполиса, приема синтетических психоактивных средств, низкокачественного алкоголя и т.д. Однако социализация все равно остается одной из центральных задач лечебного и реабилитационного процессов.

Конечно, мы не забываем о реальной статистике находящихся в психиатрическом стационаре. Действительно, большой процент среди пациентов нетрудоспособные или условно трудоспособные люди, с неразрешенными социальными проблемами, испыты-

вающие непреодолимый страх перед жизнью вне стен больницы.

Обратим внимание на состав пациентов, пролеченных в 2008 г.

Из 286 человек 62 человека — работающие (что составляет 22 % от всех получивших психиатрическую помощь в отделении за вышеуказанных год), 6 человек — учащиеся высших учебных заведений (2 %). Несомненно, эти пациенты требовали к себе пристального внимания и были охвачены всем спектром лечебно-реабилитационных мероприятий, включая избирательную психофармакологическую терапию, психотерапию и психологическую коррекцию. Здесь мы видим непосредственный реальный выход — возвращение пациента в социум. А что же остальные? Что их удел только психофармакологическая терапия и регулярные посещения ПНД по месту жительства? И здесь оказывается, что в условиях психиатрического стационара в понятие “улучшение социализации” пациентов мы невольно должны внести иной смысл, не совсем общепринятый. Личность в условиях болезненного психопатологического ограничения может раскрывать себя в неожиданных аспектах, например; как творческий участник общества, производя этическое и эстетическое.

Поэтому критериями социализации в случае психиатрических пациентов являются такие показатели как нравственная жизненная позиция, нахождение своего места (роли) в семье, наличие круга общения, и увлечений, творческого воплощения своих замыслов. Итак, для достижения поставленной задачи улучшения социализации пациентов в нашем отделении мы руководствуемся следующими принципами:

– при подборе психофармакологической терапии предпочтение отдается назначению атипичных нейролептиков (занимающих 70 % от всего количества применяемых нейролептиков), антидепрессантов нового поколения, избирательно воздействующих на те или иные рецепторы головного мозга;

– широкое использование различных режимов с целью максимального приближения процесса лечения к социальной среде: раннее разрешение прогулок, широкое использование домашних отпусков с постоянным анализом информации, получаемой от родственников;

– создание доброжелательной атмосферы, формирование палат по интересам (шахматы, шашки и пр.), а также с учетом психологической совместимости пациентов и тяжести диагнозов;

<sup>1</sup> Выступление на юбилейной конференции к 200-летию Преображенской психиатрической больницы “Практика — науке” 21 октября 2009 г.

<sup>2</sup> Врач-психотерапевт.

– психологическое консультирование родственников, особенно в конфликтных случаях;

– раннее, наряду с психофармакологической терапией привлечение всего спектра психокоррекционных, психотерапевтических, оздоровительных методик.

Психотерапевтическая работа в условиях психиатрического стационара имеет свои особенности, связанные со спецификой нахождения пациента в условиях временного ограничения от внешней социальной среды, что делает невозможным динамическую отработку в реальных жизненных ситуациях психотерапевтические знания. Нередко у пациента сильно выражены тенденции госпитализма, сводящие на нет усилия психотерапевта. Пациенты не всегда мотивированы на выполнение даже мало-мальски требующих усилия заданий, поэтому каждую сессию надо начинать буквально с начала. Крайне неоднороден социальный состав направляемых на психотерапевтическое лечение. Некоторую сложность вносит постоянная смена поступающих и выписывающихся пациентов, что не позволяет, порой, довести психотерапевтическую работу до логического завершения. В результате, задачи психотерапевтической работы в условиях стационара бывают крайне различными: в одном случае — возвращение пациента в социум, а в другом — вынужденная адаптация к участию человека, утратившего трудоспособность; в одном случае необходимо выступить в качестве примиряющего лица в затяжном семейном конфликте, а в другом — вместе с пациентом обнаруживать преимущества одинокого образа жизни, в связи потерей семейного пристанища, чаще всего-последнего. Приходится решать порой достаточно “узкие” проблемы, такие как формирование установки на прием лекарств, без которых невозможен выход из тяжелого душевного состояния; преодолевать негативизм к стесняющим условиям стационара; разрешать конфликтную ситуацию, возникшую между пациентом и его окружением.

Однако, несмотря на все это, в психотерапевтической работе нуждается практически каждый пациент, за редким исключением остро протекающего психопатологического процесса или выраженного эмоционально-волевого дефекта по эндогенному типу или органического огрубления. В процессе терапии самим временем отбирались такие формы психотерапии, при которых можно было бы не просто максимально охватить ими поступивших в стационар, но главное, по-настоящему **заинтересовать** подобной работой, сделать ее клинически адекватной.

Действительно, за последние десять лет в психотерапию пришли многочисленные изысканные техники, со своим не менее экзотичным языковым оснащением, буквально детализирующим до кванта мыслительно-поведенческую жизнь человека. Однако, на основе нашего опыта работы в стационаре мы убедились в несомненной эффективности двух методов, которые могут охватить максимальное количество па-

циентов психотерапевтическим общением и максимально соответствуют клиническим запросам стационара. Это терапия творческим самовыражением — авторский метод М. Е. Бурно, и интегративно-диалоговая гипнотерапия — автор Тукаев Р. Д., позволяющая “писать” индивидуальные оздоровительные тексты буквально для каждого больного.

Нам бы хотелось остановиться, прежде всего, на первом методе, ибо он со всем многообразием методик, позволяет врачу в зависимости от интенсивности протекания психического расстройства и интеллектуальной подготовленности страдающего душевным заболеванием варьировать работу как по “вертикали”: начиная от самопознания своих болезненных расстройств в рамках личностных характерологических особенностей, и заканчивая осмысленным творческим действием в виде создания собственных произведений, так и по “горизонтали”, ограничиваясь каким-то одним этапом, одной методикой, иногда расставаясь с пациентом в связи с его выпиской на стадии лишь ознакомления с каким-то одним приемом. Терапия творческим самовыражением не директивна по своей сути, не навязывает “своих ценностей” пациенту, а трансформирует его сознание посредством феноменов культуры, науки, природы, способствуя органичной эволюции личности, наращиванию внутреннего социального потенциала. ТТС позволяет работать с широким спектром нозологических форм.

Так по 2008 г. раскладка пациентов, прошедших ТТС, по диагнозам была следующей:

Шизофрения (неврозоподобная) — 42 чел.;

Шизофрения (психопатоподобная) — 28;

Шизофрения (параноидная) — 40;

Аффективные непсихотические расстройства — 21;

Органическое расстройство личности — 28;

Алкогольная зависимость — 53;

Невротические расстройства — 9 чел.

С годами работы мы постепенно расширяли спектр нозологических форм, подлежащих терапии, сначала удивляясь стремлению пациентов с тяжелыми формами шизофрении к психотерапевтическому общению, а потом, осознав эту очевидную потребность самой динамики психопатологического процесса, когда после выхода из психоза пациент первым делом “попадал в объятия” феноменов, естественных, неагрессивных, близких по характерологическому строю. Удивительным образом события, происходящие в ТТС, согласовывались с переживаниями пациентов, но уже в другом безболезненном модулируемом “пространстве”.

Еще раз заметим, что практически все пациенты находятся в условиях культуральной депривации, в условиях замкнутости на самих себя, в своей болезненной “каше”, но даже после первых встреч в рамках терапии творческим самовыражением, пациенты отмечают, что “с ними происходит что-то хорошее”.

Интересен и сам механизм создания этих культуральных координат, когда психопатология приобретает иной, уже переносимый оттенок, когда она выносится на свет клинического психотерапевтического осмысления, когда в процессе общения с врачом у пациента возникает собственное видение выхода из тупикового состояния, что является следствием “культурального шока” т.е. действительно того самого эмоционально-возвышающего стресса. И, конечно же, сам непосредственный творческий “продукт” — будь то полотно, проза, стих, или просто дневниковая запись, является местом встречи художника, психотерапевта и пациента, - “местом встречи”, где индивидуальное клиническое встречается с “универсальным” (всеобщим) клиническим, воплощенным художником; место встречи единичного и целого клинического, где присутствует “полевое” натяжение и чистого Духа, и эстетического, и человеческого. Причем, когда пациент движется к этому “универсальному”, его клиническое обретает границы, происходит выход из собственных болезненных зон. И вот как раз в ТТС через творческое осмысление происходящего с пациентом мы возвращаемся к доболезненным истокам, к характерологическим радикалам, еще не “обросшим” нехарактерологическим, где еще свое особенное не деформировано болезнью, еще не превратилось в неосознаваемую, тягостную, давящую внутреннюю массу, и постепенно начинает “уравновешивать” патологическое, давая обрести хоть крошечную “власть” над болезнью. Хотим еще раз подтвердить давно уже известное: применяемые дозы психофармакологических средств на порядок уменьшаются при вовлечении пациента в какой-либо творческий процесс (процесс познания самого себя — несомненно, высшее творчество).

За годы работы с различными социальными группами не всегда удавалось сразу включить классический материал. Так, в работе с молодежью, особенно с девиантным асоциальным прошлым, у которых любое человеческое действие по отношению к ним вызывало протест, воспринималось как ложь, как попытка ими манипулировать, мы обращались к современной популярной музыке, прозе, но с обязательным превалярованием в них высокого строя мысли (цитирование классической музыки, этнической, представление героев с нормативно-нравственной базой поведения). На примерах изучения биографий-характеров звезд современной поп-эстрады, существующих на сцене по 20 – 30 лет, мы развенчивали миф о влиянии на их творчество наркотических препаратов, и если даже таковое и имелось короткое время, в их биографии наглядно демонстрировалось отличие образцов “наркоманического” периода от, например, музыки, написанной в период полного отказа от приема психотропных препаратов (это слышно и понятно даже не музыканту). И здесь кроется еще один педагогический момент: на занятиях мы цитируем высказывания

кумиров эстрады, являющихся пока для пациентов единственными авторитетами, в которых их “боги” дорастают до социально приемлемых, социально значимых человеческих принципов; и из их уст звучат фразы о долге, чести, верности, патриотизме, когда во внешне бесшабашной жизни обнаруживаются семейные ценности, трудолюбие.

Кроме того мы делаем практически на каждый приезд в Москву звезды шоу-бизнеса занятие, посвященное этому исполнителю, представляя слушателям не гламурно-глянцевую обложку, а живую реальную личность со всем спектром ее характерологических особенностей, без негативизма и поспешного осуждения. Кстати, великолепное средство от лечения истеро-фанатизма к некоторым молодежным кумирам. И далее-далее проводим ниточку к биографиям-характерам классиков.

А с пациентами среднего возраста работаем с близкими по эпохе, по эмоциям биографиями-характерами, музыкой: Вадим Козин; Петр Лещенко; Вера Панина. Леонид Утесов, и далее-далее; Георг Отс; Иван Ребров Муслим Магомаев, Анна Герман, Валерий Ободзинский, Владимир Высотский; и пр. пр.. музыка народов мира с их характерологическими особенностями.

Уже на протяжении многих лет мы не перестаем удивляться приятным сюрпризам, преподносимым нам пациентами, у которых хронический болезненный процесс произвел значительные разрушения в эмоционально-волевой сфере. Вспомним небольшую статистику, приведенную выше в нашем сообщении, по поводу оставшихся 76 % неработающих. Можно называть конкретные примеры неожиданно реализующихся творческих порывов на фоне многолетней терапии: появление законченных книжных изданий у пациентов с длительно и тяжело протекающими формами шизофрении.

И это можно было бы назвать единичными успехами, если бы не воля случая, когда наши находки в области психофармакологического и психотерапевтического лечения пациентов вдруг неожиданно были подтверждены уже на уровне десятка пациентов. Праздник “День психического здоровья”, которой проходит на базе ПБ № 1 им. Н. А. Алексеева вот уже второй год, собирает под свои знамена двадцать пять человек спортсменов, артистов, причем половина команды была составлена из пациентов нашего отделения. За два года удалось собрать достаточно сильную шахматную команду. Уровень соревнований очень высок. Большое количество шахматистов отделения, готовых на замену без обид и негативных эмоций, позволило им самим выдвинуть лучших. Трое участников являются инвалидами II группы по психическому заболеванию. Поражает ответственность, с которой подходили пациенты к соревнованиям. Все, даже ранее выписанные из отделения и пришедшие на замену пациенты, явились в этот день в больницу

без опоздания. Все участники в то или иное время проходили психотерапевтическую терапию творческим самовыражением. Таким образом, занятия ТТС уже явились некой моделью совместного действия, так неожиданно преломившегося в реальности.

На базе нашего психоневрологического отделения создан небольшой коллектив творческих людей (исполнитель собственных песен, поэты, музыканты), достойно показавший себя и на больших концертах, посвященных “Дню психического здоровья” в психиатрической больнице № 1. В газете “Ариадна” № 10 от 2008 г. нашему исполнителю, который был признан лучшим, была отведена колонка: “...его авторская песня “Ночь, сады зацвели”, проникновенный голос, трогающие за душу слова и великолепный собственный гитарный аккомпанемент вызвали бурю оваций”. Вдвойне удивительно, что этот пациент, пройдя многочисленные госпитализации, в условиях “закрытого” отделения нашел себя в творчестве, которое дает надежду и силу уже другим пациентам.

Интересна еще одна ипостась социальной востребованности наших пациентов в качестве успешных воспитателей детей и домохозяек. Таких случаев достаточно много (около 10 %).

В газете “Ариадна” № 8 от 2009 г. прозвучали простые известные фразы, обращенные ко всем тем, кто непосредственно имеет по роду своей деятельности отношение к душевнострадающим пациентам: “Мы внимательно обследуем пациента, рассматриваем клинически все стороны его психопатологии, активно лечим его. Только забываем рассмотреть в нем личность. Но, оставшись вне нашего внимания, она тем

не менее есть, и как правило — это целый мир. При чем бывает, мы не понимаем, какие сокровища перед нами...”

И в заключение — еще об одной стороне лечебно-реабилитационного процесса. Много говорилось о личности психиатра, психотерапевта. Мы не даром в начале нашего сообщения упомянули об общественном воздействии специалиста на пациента, и такое воздействие подразумевает под собой целый спектр необычных качеств. Прежде всего, честность и искренность всех внутренних и внешних движений, совершаемых в отношении пациента. (Пациент чувствует не то, что любую словесную фальшь, но и мало-мальски сниженное настроение, легкую усталость врача). А это возможно при втором условии, когда специалист утверждает своей деятельностью полное принятие имеющихся “ценностей отношения” в виде профессионального выбора — по воле случая или по незнанию, или совершенно целенаправленно (в конце концов, важно тотальное принятие, иначе, действительно, происходит то самое “сгорание”). И тогда и слово специалиста как таблетка весомо и помогает. И третье: мы — специалисты и пациенты — плоть от плоти “дети нашего времени”, и мы спускаемся не с волшебных гор, а дышим тем же городским воздухом, и ходим по тем же улицам. И иногда пациенты со своим, суженым болезненным процессом, сознанием; как это ни парадоксально звучит, могут открывать иное не доступное нам видение окружающего мира и быть своего рода маленькими учителями. Если это понимаешь, то хочется ходить на работу...

## О психоаналитическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (З. Фрейд, О. Фенихель)

Д. А. Автономов<sup>1</sup>

**Ключевые слова:** азартные игры, игрок, этиология, патологическая склонность, психоаналитический подход, З. Фрейд, регрессия.

Сами по себе азартные игры в тех или иных формах — являются распространенными, социально приемлемыми и легальными занятиями в большинстве культур и стран мира.

Азартная игра предполагает наличие ставки или пари, как правило на деньги, на то, что произойдет событие, результат которого непредсказуем и зависит от случая. В результате азартной игры происходит перераспределение материальных благ, при выигрыше игроку возвращается его ставка, к которой добавляется соответствующий выигрыш. В игре одна сторона выигрывает и завладевает тем, что было поставлено на кон, а другая проигрывает и теряет то, что имела.

Любая азартная игра построена на принципе неопределенности. Её результат невозможно спрогнозировать заранее. Случайность никогда не предугадать, независимо от количества опытов — желаемый результат непредсказуем, иногда он есть, а иногда его нет. Отсутствует какая бы то ни было “система”. Какие-либо особые личностные качества, мастерство или предыдущий игровой опыт не имеют большого значения.

Внутренней психологической сущностью азартной игры, согласно нашему пониманию, является постепенно нарастающее психическое напряжение (и следующая за ней разрядка) от осознания риска потери имеющейся ценности в сочетании с надеждой выиграть нечто более ценное при неопределенном исходе развития событий.

Для абсолютного большинства людей участие в тех или иных видах азартных игр является развлечением без вредных последствий. Игра представляет собой деятельность, которой занимаются ради нее самой, ради удовольствия, которое она приносит, без учета серьезных целей и задач. И в этом смысле игра

является противоположностью работы или выполнению других социально необходимых и важных действий. Но у некоторых людей степень их включенности в игру неумолимо прогрессирует и постепенно нарушает их межличностное, социальное и профессиональное функционирование.

Среди принимающих участие в азартных играх, выделяются некоторые индивидуумы, чья вовлеченность в игру постепенно, и часто незаметно для них самих, приобретает характер одержимости. Она перестает быть “свободной деятельностью”, осуществляемой произвольно в “свободное время”. Игра для них становится тем, без чего они не могут обойтись. Такие люди оказываются не в состоянии прервать или отложить игру, напротив ими откладывается работа, неотложные дела, данные ранее обещания и принятые обязательства. Иногда игра воспринимается ими как чисто физическая потребность, вытесняя голод, усталость и секс. Таким игрокам начинает казаться, что игра и есть “настоящая”, “подлинная” жизнь. А обычная, повседневная жизнь начинает восприниматься как серая, скучная и неудовлетворяющая. Такие пациенты ставят свое участие в игровой активности превыше любых своих увлечений и занятий. Игра постепенно занимает все больше и больше времени, а социальная активность сводится к лихорадочному добыванию денег, чтобы продолжить участвовать в играх.

Такие люди страдают от патологического гемблинга (от английского слова gamble — рискованное предприятие, азартная игра), в отличие от гемблинга социального, при котором контроль сохранен, или говоря медицинским языком — от патологического влечения к азартным играм.

По мнению Бухановского А. О. с соавторами, (2002) значимость и серьезность проблемы зависимости от азартных игр подтверждается следующими фактами:

- поражение лиц молодого возраста;

<sup>1</sup> Клинический психолог Наркологического диспансера № 12 г. Москвы; Московская секция Кляйнианского психоанализа.



- быстрая десоциализация этих людей, влекущая значительный прямой и косвенный экономический ущерб для каждого из них, их семей и общества в целом;

- высокая общественная опасность этого расстройства — криминализация и виктимизация больных;

- наличие большого отряда коморбидных расстройств и коморбидных лиц;

- отсутствие единого понимания природы, психопатологии, клинической динамики, подходов к терапии и профилактике данного расстройства.

Существуют различные этиологические модели патологического влечения к азартным играм. Так как исторически больше описана и исследована зависимость от различных химических веществ, то закономерна попытка соотнести неизвестное с тем, что мы уже знаем, распространяя знания, полученные в результате изучения проблем химической зависимости на зависимость нехимическую.

Экзогенный характер наркологических расстройств наталкивает на мысль о том, что болезнь зависимости связана с непосредственным контактом индивидуума — с тем, от чего в свою очередь зависимость и формируется. Причиной кокаинизма в этой парадигме считается кокаин, причиной морфинизма — морфий, алкоголизма — алкоголь и т.д. А клиническая картина зависимости проявляется психическими проявлениями токсического воздействия вредоносных химических агентов на мозг пациента и изменениями гомеостаза, что и обуславливает необходимость их дальнейшего приема на биологическом уровне.

По сути, на этиологию наркологических заболеваний смотрят через призму заболеваний инфекционных. Распространение наркологических заболеваний уподобляют эпидемии. Казино и игровые клубы в этой парадигме представляются как эпидемический очаг, где собственно и происходит заражение. Для развития эпидемии необходим реальный контакт индивидуума с теми, кто является переносчиком или распространителем заразы — действующим активным игроком или сотрудником игрового заведения. В результате получается, что причиной игромании является факт (повторяющиеся факты) участия индивидуума в акте азартной игре, так же как причиной гриппа является соответствующий вирус.

Сюда же относится концепция “аддиктивной уязвимости”, которая понимается как совокупность врожденных и/или приобретенных (наследственных, биологических, психологических, характерологических и психопатологических и т.д.) факторов, способствующих низкой сопротивляемости и легкости формирования той или иной формы зависимого поведения у пациента. То есть, концепция “аддиктивной уязви-

мости” фактически является своеобразной психологизированной концепцией иммунитета. Практической ценностью уподобления аддиктивных заболеваний эпидемиям инфекционных болезней являются вытекающие из этой аналогии обоснования для проведения различных профилактических и “карантинных” мероприятий, таких, как например: возрастной ценз, ограничение доступности игровых заведений, создание специализированных игровых зон и т.д.

Неадекватность дальнейшего проведения подобных параллелей с инфекционными заболеваниями заключается хотя бы в том, что вряд ли кто-то сознательно стремится подвергнуться заражению. И в том, что продолжение контакта с “вредоносным агентом” имеет столь огромное личное значение для индивидуума.

Тем более парадигма инфекционной болезни не объясняет, почему после успешного лечения заболевания (или карантинных мероприятий в разных их видах, внешних и внутренних, — имеется в виду то, что описывается в МКБ-10 под шифром /F1x.22/ — “Воздержание в условиях, исключающих употребление”), с большой вероятностью наступает рецидив заболевания. Этот рецидив организует сам “вылечившийся” пациент, зачастую для этого активно преодолев всевозможные препятствия и затруднения. А в случае зависимости от азартных игр вообще отсутствует экзогенный химический агент, принимаемый индивидуумом внутрь, на который можно было бы “списать” токсическое повреждение мозга, явления абстиненции и синдром последствий хронической интоксикации.

Взгляд на игроманию (психическое заболевание) через парадигму инфекционной болезни, по нашему мнению, приводит к ограниченному и, по сути, неверному пониманию этиологии и патогенеза, игнорирующему ведущую роль личностных факторов, путающему и смешивающему причину и следствие. Подобный подход не дает ответ на такие актуальные проблемы аддикций, как их рецидивирующий характер и высокая вероятность смены (замены) одной формы зависимого поведения на другое.

Психоаналитический подход пытается осветить психологические аспекты формирования зависимости и ответить на вопрос об этиологии и патогенезе данного расстройства. Шандор Радо в статье “Психоанализ фармакотимии (наркотической аддикции)” (1933) писал: “...Психоаналитическое изучение проблемы аддикции ... начинается с признания факта, что не токсическое вещество, а *побуждение использовать его* делает наркомана наркоманом... Аддикции понимаются как психически детерминированные, искусственно вызванные заболевания; они могут существовать, потому что существуют наркотики; и возникают они по *психическим причинам*”.

Ш. Радо пришел к выводу что, несмотря на разнообразие наркотических пристрастий, все они представляют собой варианты одной единственной болезни. Упрощенно клиническая картина болезни зависимости была описана Ш. Радо в работе “Психические эффекты интоксикантов: попытка развить психоаналитическую теорию патологических пристрастий” (1926) очень простой формулой:

**“Страстное желание опьянеть — само опьянение — его последствия”.**

В понятие “*страстное желание опьянеть*” Ш. Радо вкладывает желание индивидуума, во-первых, снять психический дистресс, овладеть психической болью и облегчить напряжение, обезвредив и нейтрализовав стимулы, поступающие изнутри — в этом заключен “болеутоляющий” и успокаивающий эффект, выполняющий защитную функцию.

Во-вторых, это понятие включает в себя желание успешно адаптироваться к реальности, быть непротиворечивым своей совести и соответствовать идеалу Я — “стимулирующий” эффект, то есть выполнение компенсирующей функции.

В-третьих, в понятие “страстное желание опьянеть” по Ш. Радо включает в себя также желание непосредственно получить опьяняющий эффект — “фармакоксический оргазм”, удовольствие, моделью которого является оргазм сексуальный.

“*Само опьянение*” — оргастическое переживание удовольствия, эйфории, которое вступает в соперничество с естественными формами сексуального удовлетворения и имеющее для переживающего его индивидуума преимущества в сравнении с удовольствием эротическим.

“*Последствия опьянения*” — “невротическая”, обратная сторона блаженного опьянения. Согласно Ш. Радо эффект удовольствия достигается не бесплатно, пациент платит серьезным страданием и ущербом, причиненным самому себе. Последствия включают в себя внешние проблемы и проблемы внутренние такие как, например, чувство вины, потребность в наказании, возвращение тревоги и мучительного возбуждения. Вследствие обесценивания всех других способов получения удовольствия индивидуум отворачивается от реальных объектов любви, заменив их “фармакоксическим оргазмом” в качестве средства удовлетворения, и оказывается в одиночестве.

О финале болезненного процесса Ш. Радо пишет так: “Неумолимый процесс психического опустошения охватывает и разрушает все, что было создано на протяжении психогенеза индивида — психическое состояние, сравнимое лишь с определенными особенностями заключительной стадии шизофрении”.

Мы приводим схему Ш. Радо, так как считаем, что описанная им последовательность также характерна для патологических азартных игроков. В случае с нашими пациентами она выглядит так:

**Активизация патологического влечения (тяги) к игре — акт игры — совокупность последствий игры.**

Активизация патологического влечения (тяги) к игре у патологических азартных игроков вначале часто проявляется незаметно для них самих. Игроки склонны к рационализации своих побуждений и обычно “обставляют” уже появившееся у них влечение к игре размышлениями о необходимости “отдохнуть” или выиграть деньги.

В последнем случае цель игры выражена в конкретной сумме запланированного выигрыша. Обычно, игрок фантазирует о том, как он этой суммой распорядится, насколько частей разобьет и на что ее потратит в первую очередь. Разумеется, практически всегда некая часть этой еще не выигранной (то есть фактически отсутствующей) суммы уже “отложена” на новую игру. Итак, заблаговременно и еще не приступая к игре, наши пациенты зачастую уже все для себя решили. Где, когда, во что и сколько времени они будут играть. Сколько (и на что) будут ставить. Сколько выигрывают, когда им следует остановиться и на какой конкретно сумме они прервут игру, возьмут деньги и поедут домой. Плюс, ими обычно продуман и дополнительный, запасной вариант. Но венцом этих размышлений является то, что пациенты, даже еще не сыграв, уже планируют, куда они пойдут играть в другой раз!

Некоторые игроки говорили нам, что после подобной мыслительной рекогносцировки они испытывали чувство покоя и облегчения. Сам акт фантазирования утешал и дарил надежду. Приняв решение играть, они ощущали неумолимость, окончательность и неизбежность своего решения. Его уже нельзя отменить или перенести — все уже решено. Разумеется, ни о какой компульсивности речь не идет. Решение играть для патологического азартного игрока наполнено глубочайшим смыслом и является выражением всей его личности.

Активизация патологического влечения (тяги) к игре у патологических азартных игроков проявляется обычно как реакция на какой-либо внешний стимул, ассоциативно связанный с игрой. Например, такой как ситуация получения денег, сбывшаяся “счастливая” примета, поездка по дороге мимо “любимых” игровых заведений и т.д.

Так же активизация влечения к игре происходит как реакция на определенное внутреннее состояние, например, такое как скука, депрессия, досада или злость. Напротив, резкое усиление положительных

эмоций у некоторых индивидуумов, вызывает желание их усилить, потенцировать или продлить, что и приводит к появлению тяги играть.

Обычно речь идет не об одном изолированном стимуле, а об их совокупности, причем для каждого игрока есть свое типичное сочетание внешних и внутренних стимулов, делающих активизацию тяги и последующую за ней игру в сознании пациента “неизбежной”. Даже если какое-то время назад игрок окончательно и бесповоротно решил для себя прекратить играть и воздерживаться от посещений игровых заведений до конца своей жизни.

*Акт игры* представляет собой высшую точку для игрока. Игра — это динамическое колебание между мобилизацией и разрядкой, сосредоточением и ослаблением. Играя, игрок как бы качается на “эмоциональных качелях”, взлеты и падения дают возможность на контрасте в короткий временной промежуток пережить огромное количество эмоций. Эти контрастные эмоции связаны с напряжением от риска потери имеющейся ценности в сочетании со страстной надеждой и желанием выиграть нечто более ценное и испытать свое везение, судьбу, пощекотать свои нервы. Добиться победы путем нанесения поражения своему противнику.

*Совокупность последствий игры* — сумма всех последствий игры. Их условно также можно определить как внешние и внутренние. Внешние: социальные, межличностные и профессиональные и внутренние: соматические, эмоциональные и психологические последствия. Эмоциональная окраска последствий игры зависит от того, насколько воображаемый и ожидаемый результат игры соответствовал ее реальным результатам. Если целью игры являлся отдых, времяпровождение, развлечение и демонстрация другим своего достоинства, благородства, щедрости, и умения проигрывать деньги, которые “Ничего для меня не значат” — то это одна история. Если цель игры — выигрывать, то совсем другая. То, как игроки распоряжаются своим выигрышем, также является одним из последствий игры.

Зигмунд Фрейд (1927), обратил внимание на последовательно сменяющие друг друга фазы, характерные для патологического азартного игрока:

*Игра — “покаяние” — очередной игровой срыв.*

Чувство вины после игры, дача себе зарокос больше не играть, опустошение, попытки приуменьшить и скрыть от близких и окружающих факты (время, суммы, степень интенсивности и значимости игры и последующие за игрой действия и т.д.) — являются признаками, указывающими на наличие у индивидуума игровой зависимости. Когда скрывать факты уже не представляется возможным и игрок в буквальном смысле этого слова “пойман за руку”, начинается вто-

рая часть этой драмы — а именно, показное “раскаяние” сопровождаемое для пущей убедительности слезами, обещаниями, клятвами и угрозами наложить на себя руки и т.д.

“Покаяние” — это технический прием (“перезагрузка совести”), подготавливающий почву для очередного игрового срыва. Подобное “покаяние” не имеет никакого отношения к истинному, первоначальному значению этого слова (*μετανοια* греч.), означающего “изменение мышления” и радикальную перемену образа жизни. Никакого реального изменения мышления не происходит, никаких выводов не делается. Из совершенных поступков не извлекается опыт, образ жизни остается тем же. У патологического игрока происходит оргия самобичевания, самоунижения и жалости к себе, после которой наступает своеобразный “катарсис”, освобождение, и патологический азартный игрок успокаивается и в очередной раз говорит себе: “Теперь все, больше я играть не буду! Я завязываю! Это был просто кошмарный сон, и он больше не повторится. Я начинаю жить заново и т.д.”.

Зачастую, после проигрыша игрок, выйдя из игорного заведения, отключает свой мобильный телефон и на протяжении нескольких часов блуждает по городу пешком или бессмысленно кружит на машине. Не решается показаться на глаза своим близким (понимая, что они волнуются за него), он скрывается на работе. Если же игра происходила на рабочие деньги (и соответственно все деньги проиграны), то, боясь разговора с руководством или коллегами, игрок зачастую прячется дома, у приятелей или на даче.

Игрок проклинает азартные игры, того, кто его с ними познакомил, сами казино, их владельцев и т.д. Но лишь для того, чтобы через короткое время, когда чувства ненависти, страха и презрения утихнут, снова взять деньги (зачастую чужие) и спокойно пойти играть, как ни в чем не бывало. Шарль Бодлер в “Цветях зла” — “Предисловие” очень удачно и точно описал такое умонастроение и последующее поведение:

Упорен в нас порок, раскаянье — притворно;  
За все сторицею себе воздать спеша,  
Опять путем греха, смеясь, скользит душа,  
Слезами трусости омыв свой путь позорный.

Зигмунд Фрейд в своей работе “Достоевский и отцеубийство” (1927), на основании анализа литературного наследия и автобиографических заметок, выводит психодинамические гипотезы, объясняющие причины азартной страсти.

З. Фрейд показал связь между отцеубийством в романе “Братья Карамазовы” и трагической судьбой его реального отца. Он видел в Ф. М. Достоевском человека, перенесшего тяжелую инфантильную психическую травму, которая нашла свое выражение в та-

ких невротических симптомах, как эпилептические приступы и патологическая азартная игра в рулетку.

Эдипальный конфликт проходит между желанием устранить отца, как соперника в борьбе за безраздельное обладание матерью, и любовью к отцу, который вызывает восхищение.

Отец — это тот, кто накладывает вето на желания; тот, кто говорит “Нет”. Перед лицом страха быть наказанным и потерять мужественность, одним из способов разрешения этого конфликта может стать тенденция — поставить себя на место матери, чтобы стать любимым отцом. Но это порождает еще один конфликт — опасность, переживаемая как внешняя угроза, исходящая от отца, становится как бы исходящей от своего “Я”. Ребенок из-за страха перед наказанием отказывается от своих желаний, а отождествление с отцом приводит к организации внутренней инстанции, которая противостоит “Я”, а именно Супер-Эго. Эта структура является наследием и внутренним представителем отцовской фигуры. Супер-Эго перенимает те качества, которыми обладал отец и становится садистическим, суровым и запрещающим по отношению к “Я”.

З. Фрейд пишет: “В нашем “Я” возникает довольно большая потребность в наказании, и “Я” частично отдает себя в распоряжение судьбы, а частично находит удовлетворение в жестоком обращении “Сверх-Я” с ним.... Да и судьба целиком — это лишь дальнейшая проекция отца”.

Обремененность чувством вины и потребность в наказании у невротиков, по мнению З. Фрейда, находит себе конкретное, физическое воплощение и замену в их долгах.

“Достоевский мог отговариваться тем, что он при выигрыше получил бы возможность вернуться в Россию, избежав заключения в тюрьму кредиторами. Но это был только предлог, Достоевский был достаточно проницателен, чтобы это понять, и достаточно честен, чтобы в этом признаться. Он знал, что главным была игра сама по себе...”

У Ф. М. Достоевского была игровая страсть, безудержная игра ради игры, он не мог успокоиться и остановиться пока не проигрывал все.

Игра стала для Ф. М. Достоевского средством самонаказания. После проигрыша он раскаивался, унижал себя в присутствии своей жены и вновь шел играть. “Он мог перед нею поносить и унижать себя, просить ее презирать его, раскаиваться в том, что она вышла замуж за него, старого грешника, — и после всей этой разгрузки совести на следующий день игра начиналась снова. И молодая жена привыкла к этому циклу, так как заметила, что то, от чего в действительности только и можно было ожидать спасения, — писательство, — никогда не продвигалось вперед лучше, чем после потери всего и закладывания последнего имущества... Когда его чувство вины удов-

летворялось карой, к которой он приговаривал себя сам, тут же преодолевались трудности в работе, и он мог позволить себе сделать несколько новых шагов на пути к успеху”.

В другой своей работе “Печаль и меланхолия” (1917) З. Фрейд писал: “Самоистязание меланхолика, которое наверняка приносит ему наслаждение, совершенно так же, как подобное происходит при неврозах навязчивости, дает ему удовлетворение садистических тенденций и реализацию ненависти. В обоих случаях пациентам удается через самоистязание, своеобразным обходным путем мстить первоначальным объектам и мучить любимых людей путем заболевания — они заболели, чтобы не показывать свою враждебность к этим близким людям непосредственно”.

З. Фрейд описывал поведение и скрытые мотивы Ф. М. Достоевского так: “Несчетное количество раз давал он молодой жене слово или честное слово больше не играть или не играть в этот день, и он нарушал это слово, как она рассказывает, почти всегда. Если своими проигрышами он в очередной раз доводил семью до нищенского положения, то это позволяло ему испытать еще одно патологическое удовлетворение”.

В этой же работе З. Фрейд обращает свое внимание на небольшой рассказ Стефана Цвейга “Двадцать четыре часа из жизни женщины”. В нем рано овдовевшая женщина, мать двух сыновей, оказывается в одном казино, где ее внимание привлекают руки одного юноши игрока, который проигрывает все и уходит из игорного дома с намерением покончить жизнь самоубийством. Она следует за ним, соблазняет его, дает ему деньги, берет с него слово не играть и уехать из города. На следующий день они расстаются. Затем, вернувшись в казино, она обнаруживает там этого молодого человека, как ни в чем не бывало продолжающего играть. Она с возмущением напоминает ему о данной ей клятве. Он же в ответ с ненавистью швыряет ей деньги, выговаривая за то, что она сорвала ему игру. Расстроенная она уезжает из города, впоследствии узнав, что юноша все же покончил с собой.

З. Фрейд обращает внимание на то, что молодой человек “губит себя собственными руками” и дает следующую интерпретацию: “Грех” онанизма замещается пороком страсти к игре... Непреодолимость этого соблазна, искренние и никогда не сдерживаемые клятвы никогда больше не делают этого, дурманящие голову наслаждение и мучащая нас совесть, которая нашептывает, что мы будто бы губим себя сами (самоубийство), — все это при замене онанизма игрой остается неизменным”.

Итак, З. Фрейд на примере Ф. М. Достоевского показал что:

1. Азартная игра становится мазохистической практикой, средством самонаказания.

2. Бессознательное бремя вины за ненависть по отношению к отцу материализуется в виде финансового бремени долга.

3. Патологическая азартная игра — это проявление садизма по отношению к близким (молодой жене писателя), выражение бессознательной ненависти и способ получения извращенного удовольствия от созерцания чужих страданий.

4. Патологическая азартная игра является проявлением запрета на успех и как ни парадоксально условием для его достижения.

5. Патологическая азартная игра — это взрослая замена пубертатной мастурбации, отказ от зрелых сексуальных отношений под приматом генитальности и стремление к получению аутоэротического удовлетворения явно регрессивным способом.

З. Фрейд завершает свою работу следующими словами: "...Игровая страсть и безрезультатные стремления освободиться от нее и связанные с нею поводы к самонаказанию являются повторением потребности в онанизме, нас не удивит, что она завоевала в жизни Достоевского столь большое место. Нам не встречалось ни одного случая тяжелого невроза, где бы аутоэротическое удовлетворение раннего периода и периода созревания не играло бы определенной роли, и связь между попытками его подавить и страхом перед отцом слишком известна, чтобы заслужить что-нибудь большее, чем упоминание".

Отто Фенихель, в своем фундаментальном труде "Психоаналитическая теория неврозов", (1945) был согласен с мнением З. Фрейда об этиологии и патогенезе игровой зависимости. Он описывал страсть к азартным играм, как разновидность импульсивного невроза. Патологическое импульсивное влечение отличается от обычных, нормальных импульсивных влечений особым ощущением непреодолимости и невозможности отложить его.

О. Фенихель полагал, что в отличие от других неспецифических проявлений импульсивности в виде аддикции к наркотикам или алкоголю страсть к азартным играм, является специфическим смещенным конфликтом вокруг мастурбации. "Возбуждение от игры соответствует сексуальному возбуждению: победа — оргазму, проигрыш — наказанию кастрацией".

О. Фенихель писал: "Занятия мастурбацией тоже представляют собой своеобразную игру, и в этом ее сходство с азартными играми. Психологическая функция игры состоит в избавлении от крайнего напряжения посредством его повторения или предвосхищения в произвольно избранных степени и времени. В детстве и подростковом возрасте мастурбация — в известном смысле, игра сексуальным возбуждением, знакомство эго с этим возбуждением и обучение эго контролировать".

В нашей повседневной клинической практике мы неоднократно сталкивались с разными неоднозначными, обычно тщательно скрываемыми игроками от других людей аспектами их сексуальности, тесно переплетенными и взаимосвязанными со страстью к игре.

*Клиническая виньетка.* Госпожа А., частный предприниматель, 40 лет пристрастилась к игре в рулетку. Во время "игрового запоя", длившегося больше недели, напоминающего по ее описанию маниакальный эпизод, она фактически спала не более 2-х часов в сутки (причем преимущественно во время поездок на такси), почти ничего не ела, пила кофе литрами и выкуривала по 2 – 3 пачки сигарет в сутки. Она, куря из одного казино в другое, играла по сумасшедшим ставкам, сначала на свои личные деньги, а ближе к финалу на деньги фирмы. Госпожа А. своим поведением вводила в недоумение сотрудников игорных заведений, которые, отработав свою смену, отдохнув дома в свои выходные и вернувшись на работу, находили ее, продолжающую сидеть за игровым столом играющую, как ни в чем ни бывало.

После окончания запойного игрового эпизода, стоившего ей развала ее бизнеса и окончательного краха ее семейной жизни, Госпожа А. "закодировалась" от игры в казино у одного частного врача. После подобной "кодировки" Госпожа А. сказала себе, что игра в казино больше не для нее. Госпожа А. решила, что теперь она будет играть в игровых аппаратах, размер ставок в которых существенно меньше. Перепробовав массу разнообразных игровых автоматов, она остановила свой выбор на слот-машинах, чей визуальный ряд на крутящихся барабанах представлял собой изображения мультипликационных героев и символов, весьма инфантильных по содержанию. Игра на таких аппаратах, помимо вращения перед глазами чрезвычайно примитивных мультяшных образов, сопровождалась соответствующей "детской" музыкой.

По словам Госпожи А., игра в такие аппараты доставляла ей ни с чем несравнимое удовольствие. Играя, она возбуждалась сексуально, у нее возникала сухость во рту, эрекция сосков и увлажнение влагалища. После игры, она хорошо себя чувствовала, у нее улучшалось настроение, тревоги и заботы уходили на задний план.

*Клиническая виньетка.* Господин В., инженер по образованию, 25 лет. Игрок в игровые автоматы. Постепенно, во время игры у него сложился определенный характерный паттерн. Играя, Господин В. постепенно увеличивал ставки до максимально возможных на данном типе аппарата. В процессе игры его возбуждение нарастало в геометрической прогрессии по мере увеличения размера ставки. Если во время решающей "бонусной" игры, он выигрывал, то его захватывало возбуждение такой силы, что он с трудом мог себя контролировать. Свои переживания он описывал

как взрыв возбуждения, триумф всемогущества, ощущение головокружительного полета, успеха и удачи. Выиграв, он просил сотрудников игрового заведения выдать причитающиеся ему деньги. После этого, а иногда и не дожидаясь, Господин В. бежал в туалет, где начинал отчаянно мастурбировать. Его победа в игре буквально соответствовала оргазму.

*Клиническая виньетка.* Господин С., экономист по образованию, 38 лет, общий стаж игры более 12 лет. После эпизода воздержания от участия в азартных играх он, не планируя играть, зашел в казино с целью встретиться с деловым партнером. Его партнер по бизнесу в этот момент играл в автоматы и господин С. начал наблюдать за его игрой. В процессе наблюдения за игрой, в которой он “болел” за партнера, у него возникла тяга сыграть, и вскоре он сам сел за игру. За этим поступком последовали нескольких часов напряженной игры, во время которой он то выигрывал, то проигрывал, переживая то падения, то взлеты. В конце концов, когда господин С. все-таки выиграл крупную сумму денег — сорвал “Джек Пот” — у него произошла непроизвольная эякуляция.

*Клиническая виньетка.* Госпожа Д., молодая привлекательная женщина, 26 лет, бухгалтер по образованию. Общий стаж игры в игровые автоматы более пяти лет. Игра дорого обошлась Госпоже Д. — из-за долгов ее семье пришлось продать дачу, а с нее взять клятву, что она больше играть не будет. Но, несмотря на это, через некоторое время, Госпожа Д. постепенно вернулась к игре. В последний год — полтора, она тайне от своей семьи играла практически каждый день по одному — двум часам. Если игра была невозможна по каким-то причинам, например из-за отсутствия денег или невозможности выделить время, то она очень расстраивалась и начинала фантазировать на тему игры. Фактически, Госпожа Д. начинала грезить наяву, вспоминать прошлые игры, планировать будущее, “переигрывать” неудачные игры и т.д. В этот момент она возбуждалась, у нее на ее лице окружающие могли заметить блаженную улыбку и выражение удовольствия и предвкушения. При этом сексуальная жизнь со своим мужем мало интересовала Госпожу Д. Она не отказывала ему в сексе, так как зависела от него в эмоциональном и материальном плане и иногда, во время секса с ним, представляла себе сцены азартных игр.

Также, придя домой после удачной игры, Госпожа Д. могла порадовать своего мужа приглашением к занятию сексом, который одновременно был и искуплением ее вины за игру и реализацией радостного возбуждения, полученного ей в игровом зале.

Госпожа Д., будучи молодой привлекательной женщиной, всячески избегала, каких бы-то ни было знакомств и контактов в игровых заведениях. На попытки мужчин познакомиться с нею она отвечала грубым и резким отказом. Более того, Госпожа Д. пере-

ставала ходить в это заведение на какое-то время. Ведь подобные знакомства, мысли о мужчинах, о возможных вариантах продолжения беседы, по мнению Госпожи Д., могли отвлекать ее от того, ради чего она туда пришла, а именно от игры в азартные игры.

*Клиническая виньетка.* Господин Е., управляющий, 39 лет, на протяжении последних пяти лет играл исключительно в рулетку в крупных и престижных московских казино. Если играя, господин Е. выигрывал, то тут же возбуждался сексуально и выигранные деньги тратил на разгул с проститутками. Господин Е. в этот момент хотел получить все по “высшему разряду” и не останавливался ни перед чем, потакая всем своим порокам и слабостям. Он брал такси и вез жрицу любви в гостиницу или сауну, алкоголизовался, зачастую отмечая, что обычные дозы алкоголя его “не берут”. Часто вместе со своим другом-игроком после игры в рулетку господин Е. ударялся в кутеж, который иногда продолжался сутками, во время которого он отчаянно пытался наконец-то разрядить сексуальное возбуждение и получить нарциссическое удовлетворение от своей потенции. В этот момент господин Е. был готов следовать любому своему побуждению или минутному порыву. Его совесть в этот момент позволяла ему абсолютно все. Не было никаких границ и ограничений, любая его прихоть должна была тут же удовлетворяться. Он забывал о своих планах, обещаниях, обязательствах перед другими людьми и своей семьей, которых часто, даже не соизволяя предупредить о своем исчезновении. После завершения подобного эпизода господин Е. чувствовал разочарование, опустошение, досаду и свою вину, но что немаловажно, не принимал каких-либо шагов, чтобы положить конец подобной практике.

Психоаналитическое понимание этиологии патологической склонности к азартным играм на первоначальном этапе сводилось к представлению о том, что игра являет собой невротический симптом, посредством которого индивидуум аутоэротически удовлетворяет свои сексуальные импульсы. Конфликт вокруг игры рассматривался через призму регрессии, как “новое издание” детской и подростковой мастурбации у взрослого индивидуума, в котором акт игры выступает как суррогатное сексуальное возбуждение. Выигрыш являлся эквивалентом оргазма (оргазм-подобным феноменом), а проигрыш соответствует наказанию кастрацией.

В становлении патологической азартной игры, в ранних работах психоаналитиков, подчеркивалась роль Эдипова конфликта и амбивалентного отношения к отцу. Делая нарастающие ставки, игрок отчаянно сражается с анонимной Судьбой, которая является замаскированной отцовской фигурой, то есть стремится превзойти и победить отца. Бросая вызов Судьбе, игрок как бы принуждает ее делать выбор: за или

против него, при этом считая, что у него есть право иметь “особое” ее покровительство.

Подчеркивалась роль вины и последующего за игрой раскаяния, а также бессознательной потребности в наказании, легко реализуемой через проигрыш, который патологического игрока не только не останавливает от продолжения участия в азартных играх, но напротив еще больше мотивирует продолжать играть.

Первоначальная линия психоаналитического понимания этиологии патологической страсти к игре, которую условно можно назвать “*Линией З. Фрейда*”, рассматривалась через призму регрессии и удовлетворения влечений (т.е. на получении удовольствия). Регрессия — это возвращение к более раннему состоянию, образу действия и способу функционировать психически. Регрессия у патологических азартных игроков, по нашему мнению, происходит, по крайней мере, на четырех уровнях:

1. Регрессия к более раннему аутоэротическому (мастурбационному) способу получения сексуальной разрядки и удовлетворения.

2. Регрессия к более раннему архаическому способу психического функционирования (фантазии всемогущества, всемогущего контроля и магическое мышление).

3. Регрессия к ранним объектам любви и восприятию себя как объекта желания Другого (“Любимец Фортуны”, “Баловень Судьбы”, “Везунчик” и т.д.).

4. Регрессия к более ранней основной онтогенетической деятельности (имеется в виду последовательность: игра — учеба — работа).

Итак, первоначально психоаналитическая концепция патологической склонности к азартным играм подчеркивала роль регрессии и концентрировалась вокруг достижения удовольствия и/или фрустрации такого. Но она не отвечала на другие важные вопросы, такие как: роль аффектов и Эго, тревоги, депрессии, поддержания самоуважения, неспособности индивидуума выносить реальность и очевидную деструктивность азартной игры для субъекта.

“Либидинозно-ориентированная” концепция аддикции переоценивала аспекты получения удовольствия пассивно-рецептивным образом, но кажется, игнорировала факт того, что патологический азартный игрок использует акт игры и всемогущие фантазии на

игровую тему не только для получения удовольствия, но и для защиты от тревожащих его аспектов взрослой генитальной сексуальности, необходимости откладывать удовольствие, мириться с неудовольствием и принимать ограничения, налагаемые реальностью. Все это многообразие значений и смыслов можно свести к пониманию патологической игры как инструмента, не только непосредственно доставляющего удовольствие, но и играющего защитную роль.

(Окончание следует)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Автономов Д. А. Феномен патологического влечения к азартным играм. Психоаналитический взгляд на проблему // “Вне игры. Сборник материалов, отражающий опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр”. М.: РБФ НАН, 2008. С. 84 – 126.
2. Автономов Д. А. “Аддиктивное поведение, маниакальный перенос и проективная идентификация”. Доклад. Материалы Международной психоаналитической конференции. Москва, Том 2. М., РПО, 2006. С. 32 – 39.
3. Бодлер Ш. “Цветы зла”. М.: Изд. Азбука. 2008. 448 с.
4. Бухановский А. О. и соавторы. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. Пособие для врачей. Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНИЦ “Феникс”, 2002.
5. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Адис, 1994.
6. Достоевский Ф. М. “Игрок”. М.: Изд. АСТ: АСТ МОСКВА: Хранитель, 2008. 235 с.
7. Радо Ш. Психические эффекты интоксикантов: попытка развить психоаналитическую теорию патологических пристрастий // Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты / Сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом “Удмуртский университет”, 2004. С. 7 – 29.
8. Радо Ш. Психоанализ фармакотимии (наркотической аддикции) // Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты / Сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом “Удмуртский университет”, 2004. С. 73 – 97.
9. “Психология и лечение зависимого поведения”. Под редакцией С. Даунинга — М.: Издательская фирма “Класс”, 2000. 240 с.
10. Фенихель О. “Психоаналитическая терапия невротозов”. — М.: Академический проект, 2004. 848 с.
11. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Интерес к психоанализу: Сборник / Пер. с нем.; Худ. обл. М. В. Дарко. Мн.: ООО “Попурри”, 2004. С. 228 – 247.
12. Фрейд З. Достоевский и отцеубийство // Интерес к психоанализу: Сборник / Пер. с нем.; Худ. обл. М. В. Дарко. Мн.: ООО “Попурри”, 2004. С. 108 – 131.

## Отклик на статью профессора Б. Н. Пивень “Новое” в психопатологии” (НПЖ, 2009,3)

В этой статье удивляет уверенная позиция автора, что феномен дежавю “имеет эпилептическую (органическую) природу” и, как продолжает автор “нет необходимости перечислять учебники и руководства, содержащие эту аксиому” (с. 67). Не берусь утверждать, что все, но многие учебники традиционно отражали позиции психиатрических школ, к которым принадлежали их авторы, и всегда содержали ряд мягко говоря “неточностей”. Однако трудно найти современное руководство, в котором бы феномен дежавю категорически относился бы только к “органическим” или “эпилептическим” симптомам.

Симптом *déjà vu* описан еще в 1845 году (цит. по А. С. Шмарьяну, 1940, с. 146) и с того времени в литературе были определены схожие феномены: *déjà éprouvé* (уже испытанное), *déjà vécu* (уже пережитое), *déjà fait* (уже случившееся), *déjà pense* (уже думанное), *déjà voulu* (уже когда-то бывшее желанным), *déjà entendre* (уже слышанное), *déjà raconté* (уже рассказанное), *jamais vu* (никогда не виденное), *jamais éprouvé* (никогда не испытанное), *jamais entendre* (никогда не слышанное). Уже Жане “феномены *déjà vu* и деперсонализации отнес к однородной группе” (цит. по А. С. Шмарьяну, 1940, с. 147). Явления *déjà vu* наряду с другими психическими расстройствами (деперсонализационными, психосензорными, галлюцинаторными, сновидными расстройствами сознания) описывались и при эпилепсии, и при функциональных психических заболеваниях. Еще в 1949 г. А. С. Шмарьян на основании данных литературы и собственных наблюдений писал, что при шизофрении переживания “уже виденного” “теснейшим образом переплетаются с параноидными построениями”, “при параноидной шизофрении могут быть постоянным явлением” (с. 235). Феномены типа дежавю выявляются у 92 % пациентов беспокойного отделения психиатрического стационара, страдающих различными психическими болезнями, включая эндогенные психозы (Brauer R., Harrow M., Tucker G. J., 1970). Реже они выявляются при популяционных

расспросах: у 5,9 % отвечающих на опросник студентов, причем достоверно чаще у юношей, предрасположенных к деперсонализационным эпизодам (Myers D. H., Grant J., 1972). При психических нарушениях пограничного уровня (преимущественно эндогенных аффективных) выявляется синтропия явлений типа дежавю и функциональных вегетативных расстройств, которые возникали незадолго или одновременно с манифестацией вегетодисфункции (Киреева И. П., 1989). И в последнем отечественном руководстве по психиатрии явления *déjà vu* рассматриваются как дереализационные, отмечается нередкое возникновение явлений дереализации в структуре сложных депрессивных и других синдромов (Тиганов А. С., 1999).

### ЛИТЕРАТУРА

- Киреева И. П. Психопатологические состояния, скрытые под маской вегетососудистой дистонии (в первичном звене здравоохранения у пациентов юношеского возраста): Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1989. 27 с.
- Тиганов А. С. Деперсонализационный синдром. // Руководство по психиатрии. В 2-х томах. Т. 1/Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. С. 34 – 36.
- Шмарьян А. С. Психопатологические синдромы при поражениях височных долей мозга. М.: Наркомздрав РСФСР. Государственный центральный научно-исследовательский институт психиатрии им. В. В. Крамера. 1940. 200 с.
- Шмарьян А. С. Мозговая патология и психиатрия. М.: Медгиз. 1949. 352 с.
- Brauer R., Harrow M., Tucker G. J. Depersonalization phenomena in psychiatric patients //Brit. J. Psychiatry. 1970. Vol. 117, N 540. P.509 – 515.
- Myers D. H., Grant J. A study of depersonalization in students//Brit. J. Psychiatry. 1972. Vol. 121, N 560. P.59 – 69.

*Ассоциация детских психиатров и психологов  
Доцент, к.м.н. Киреева Ирина Петровна*

## Ответ проф. Б. Н. Пивень

Вряд ли может быть конструктивной дискуссия с оппонентом, который, доказывая что-либо, цитирует самого себя, как это делает И. П. Киреева. Тем не менее:

1. В своем комментарии клинического разбора В. Г. Остроглазова и О. В. Мещериной я писал о четко обозначаемом в литературе феномене “дежавю”, а не о каких-то безразмерных, “резиновых” состояниях, именуемых то как “дереализация”, то “деперсонализация”, со включением в них всей известной в психиатрии симптоматики — тех же дежавю, бредовых построений, депрессивных переживаний и т.п., наблюдаемых, как справедливо отмечает И. П. Киреева, при самых разных формах психических заболеваний, а также непонятных явлениях типа “вегетодисфункции”.

2. На мой взгляд, автор реплики так увлеклась составлением лекции на тему истории понятия “дежавю”, что не увидела сути моего комментария к названному клиническому разбору. А суть заключалась в том, что проводившие клинический разбор совершенно не приняли во внимание очевидного — наличия у разбираемого пациента, помимо процессуального заболевания, органического поражения головного мозга. Скорее всего последнее и вызывало у него феномены “дежавю”.

3. Под репликой стоит подпись — Ассоциация детских психиатров и психологов и потом подпись Киреевой И. П. В этой связи у меня возник вопрос. А что, так считает вся ассоциация или только Ирина Петровна?



## Сотрудничество специалистов — представительный форум отечественных и зарубежных психиатров в Москве

27 – 30 октября в гостинице “Космос” проходили — утром **Общероссийская конференция** “Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах”, совместно с Пленумом Правления РОП и с участием главных психиатров и наркологов, руководителей психиатрических и наркологических учреждений субъектов РФ, а с вечера того же дня **Второй конгресс Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан** на ту же тему. Все эти мероприятия были организованы усилиями Московского НИИ психиатрии во главе с проф. В. Н. Красновым. Минздравсоцразвития на этот раз устранился от поддержки, ссылаясь на помощь фармакофирм. В результате на местах не всех отпустили без соответствующего разрешения министерства.

Открытие Конгресса сопровождалось великолепным вокально-музыкальным концертом, организованным секретарем Конгресса М. А. Кулыгиной, что задавало всему высокий тон.

Чрезвычайно удачно выбранная общая тема конференции и конгресса — сотрудничество специалистов — позволила обсудить разнообразные аспекты этой проблемы, на деле, настоящий узел проблем — сугубо практических и общетеоретических. Проф. В. Н. Краснов развернул широкую панораму конституирования новых предметных областей на пересечении клинический и социальной психиатрии и нейронаук, Т. Б. Дмитриева и Н. Д. Букреева представили реалистичную картину состояния психиатрической службы в условиях кризиса, а проф. И. Я. Гурович отметил значительную роль в этих условиях самоорганизации пациентов и их родственников и взаимодействия с ними. Проф. Н. Г. Незнамов (Санкт-Петербург) и В. Я. Семке (Томск) говорили о биопсихосоциальной модели, как о чем-то новом, а проф. А. С. Тиганов справедливо указал на необходимость по-прежнему ведущей роли классического клинико-психопатологического подхода. Проф. А. Б. Смулевич продемонстрировал продуктивность этого подхода на примере сотрудничества психиатров с интернистами. Наконец, в докладах И. Б. Козловской с соавт. и проф. В. Н. Шкловского были показаны принципиально новые возможности, предоставляемые последними достижениями космической медицины на конкретном примере нейрореабилитации больных с постинсультными, посттравматическими и другими расстройствами ЦНС.

Профессора Хуан Меззич, Норман Сарториус, Георгий Христодуло и Исаак Яковлевич Гурович получили дипломы почетных членов Российского общества психиатров. Проф. Краснов поздравил также проф. В. Г. Косенко с золотой медалью Героя Труда Кубани за образцовую постановку психиатрической службы даже в условиях кризиса, высоко оцененную недавно представительной делегацией французских психиатров.

28 октября состоялось первое пленарное заседание конгресса, на котором выступили Георгий Христодуло (Греция), Душица Лесик-Тошевски (Сербия), Хуан Меззич (США). **Второе пленарное заседание было посвящено 20-летию Независимой психиатрической ассоциации России**, ее богатому опыту междисциплинарного сотрудничества, перспективам и возможным издержкам такого сотрудничества. После приветствий президента конгресса Г. Христодуло, от имени ВПА — Хуана Меззича и от РОП — проф. Краснова было зачитано приветствие от Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. С докладами выступили президент Ассоциации — сопредседатель научного комитета Конгресса Ю. С. Савенко и три ее вице-президента — проф. Б. Н. Пивень (Барнаул), А. Б. Богданов (Архангельск) и А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону) (часть выступления опубликована в этом выпуске журнала). Ю. Н. Аргунова осветила место и роль юриста при оказании психиатрической помощи, а коллега из Нидерландов М. Брекегельманс — расширение прав людей с интеллектуальной недостаточностью в России и Восточной Европе: осознание их возможностей.

Оба пленарных заседания сопровождалось синхронным переводом. **Второе заседание в честь 20-летия НПА России** состоялось вечером того же дня в том же огромном кино-концертном зале и было посвящено междисциплинарному обсуждению **реформирования института недееспособности** — самой горячей на сегодня теме нашего предмета. Заседание проходило под председательством проф. Б. Н. Пивень и Ю. Н. Аргуновой. С большим проблемным докладом, обобщающим опыт наших и восточно-европейских коллег выступил юрист из Санкт-Петербурга Д. Г. Бартенев — “Реформирование института недееспособности и опеки в странах Восточной Европы и России в свете международных стандартов”. Драматическую картину реального состояния

экспертных проблем установления недееспособности в России на основе большого опыта НПА обрисовала Л. Н. Виноградова. Судебную практику признания лица недееспособным обобщила Ю. Н. Аргунова. Проф. Б. Н. Алмазов (Екатеринбург) остановился на неразработанных теоретических вопросах оценки недееспособности. Практические и правовые вопросы жизнеустройства граждан с тяжелыми нарушениями психического здоровья по достижении ими совершеннолетия проанализировал юрист П. Ю. Кантор на опыте Центра лечебной педагогики. Наконец, аналогичной проблематике в условиях пенитенциарных учреждений был посвящен доклад О. И. Трифонова и С. И. Гусева.

29 октября по приглашению проф. Х. Меззича д-р Ю. С. Савенко выступил на панельной дискуссии о практических перспективах командного подхода в рамках личностно-центрированной психиатрической помощи. Среди выступавших — М. Абу-Салех и Дж. Копеланд из Великобритании, М. А. Кульгица и сам проф. Меззич. Вторая панельная дискуссия по проблеме диагностики и классификации, которую вел проф. Норман Сарториус (Швейцария) характеризовалась острым обсуждением, которое задал С. Ю. Циркин, выразивший крайне скептическое отношение к возможности классификации пограничных состояний, прежде всего, расстройств личности. Действительно, здесь адекватна не классификация, а типология. Проф. Краснов подчеркнул, что подавляющее большинство российских психиатров отстаивают фундаментальность разделения психических расстройств на психотические и непсихотические. К сожалению, проведение дискуссии на английском языке и отсутствие перевода резко ограничило состав ее участников с российской стороны — печальное наследие изоляционизма советского периода.

30 октября проф. Норман Сарториус провел “Школу молодых специалистов”. В заключительной беседе с нами он очередной раз подчеркнул свою высокую оценку и поддержку нашей деятельности. Следует отметить, что такое отношение характеризовало руководство ВПА на протяжении всех прошедших 20 лет.

Невозможно было побывать на всех многочисленных заседаниях конгресса, проходивших параллельно в 4–5 залах. Наибольший интерес вызвали практически ориентированные заседания, посвященные новым фармакологическим средствам. Здесь выделялись содержательные выступления проф. С. Н. Мосолова, не замыкавшиеся на одной психофармакотерапии, открытые другим биологическим методам лечения.

Многие, кто присутствовал на выступлении проф. А. Г. Гофмана о клинике и лечении депрессии у больных алкогольной зависимостью, отметили его как эталонное, контрастирующее со стилем многих современных выступлений с их формальным статистическим подходом, в котором теряется подлинный клиницизм.

Было бы неверным умолчать о нескольких обнаружившихся недостатках, в силу их характерности и значимости. Так заседание, посвященное циркадным ритмам, с превосходными докладами А. С. Аведисовой и С. Н. Мосолова предварялось докладом декана психологического факультета МГУ А. Ш. Тхостова “Философия депрессий”, явно чуждого клинике нагромождения ошибок и красотостей, без всякого понимания качественного различия психотических и непсихотических депрессий, что неудивительно у автора работы “Психиатрическая диагностика и лечение как мифология”.

Наконец, на сателлитном симпозиуме “Диагностика и терапия тревожных расстройств” в одном из докладов из Центра им. Сербского, посвященного фармакотерапии генерализованного тревожного расстройства, среди арсенала использованных средств из трициклических антидепрессантов был назван только имипрамин! На мой вопрос, на каком основании был выбран трициклик, как раз обостряющий, как общеизвестно, тревогу, докладчик сослался на какие-то “рандомизированные” британские данные. “А Ваш собственный опыт?” — ничего внятного я не услышал, но сидевшая сзади другая сотрудница Центра им. Сербского настойчиво повторяла мне: “Так ведь препарат вводился внутривенно, он тогда действует иначе” (!). Такого рода безответственные безграмотные утверждения, чреватые высоким суицидальным риском, явное следствие отрыва Центра им. Сербского от общей психиатрии и того, что его молодые сотрудники, не имея опыта в “большой психиатрии”, сразу идут в пограничную психиатрию, которая значительно тоньше и сложнее.

Однако общий итог состоявшегося в Москве конгресса восточно-европейской психиатрии — большой успех отечественной психиатрии, давно не принимавшей у себя такого крупного международного форума и проведшей его на должном уровне. Проблематика конгресса — сотрудничество специалистов — существенный шаг в консолидации усилий обеих психиатрических организаций в решении общих актуальных задач отечественной психиатрии.

Ю. С. Савенко

## Современное состояние долгой борьбы за состязательность экспертных заключений

С 1995 года, после резкого поворота вспять от демократического курса, представителей НПА России вскоре перестали включать, вопреки определениям судов, в состав СПЭ комиссий Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского (ГНЦ), хотя имелся конструктивный опыт проведения такого рода экспертиз. Причем ГНЦ, не допуская нас тогда в свои комиссии, улаживал это с судьями по телефону.

Потом подоспел закон о государственной судебной-экспертной деятельности (2001), произвольно и очень широко трактуемый.

Потом последовала трехлетняя тяжба с Минюстом, который ультимативно потребовал от нас вычеркнуть из устава СПЭ-деятельность (2002 – 2005).

Потом ГНЦ на страницах своего “Российского психиатрического журнала” выступил с обоснованием незаконности независимой экспертизы и независимого освидетельствования (РПЖ, 2004, 6; 2005, 1; 2006, 2; НПЖ, 2005, 2; 2006, 2).

В результате, в реальной экспертной практике возобладала такая степень ее огосударствления, какой не было при советской власти, а ГНЦ вернул себе положение “министерства психиатрии”.

Между тем, действующее законодательство сохранило основания для состязательности экспертов и специалистов, хотя они прописаны в ГПК менее четко, чем в УПК. Суды продолжают поручать нам проведение СПЭ. Однако недостаточная определенность формулировок и некоторые противоречия в законодательных актах открывают широкие возможности для различных толкований, отдавая приоритет (вопреки общеизвестному принципу) сильной стороне.

Это заставило НПА подготовить законопроект, устраняющий эти несогласованности (НПЖ, 2008, 1, 48 – 63). 25 июня 2008 г. законопроект с постатейным обоснованием и концепцией был направлен руководителю рабочей группы по вопросам совершенствования законодательства РФ о судебной системе Л. И. Брычевой, являющейся начальником Государственно-правового управления Президента РФ. 6 октября 2008 г. НПА получила ответ от помощника президента РФ Л. И. Брычевой, в котором выражалась благодарность за представленные материалы и сообщалось, что они будут использованы в деятельности рабочей группы по вопросам совершенствования законодательства РФ о судебной системе, созданной в соответствии с распоряжением президента РФ от 20 мая 2008 г. № 279-рп.

27 ноября 2008 г. предложения НПА в виде законопроекта в соответствии с абзацем восьмым ч. 1 ст. 27 ФЗ “Об общественных объединениях” были внесены на рассмотрение Комитета Государственной

Думы по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству. По сообщению члена этого Комитета С. Л. Наятова, осуществлявшего ознакомление с законопроектом, данный законопроект был им в целом одобрен и направлен 1 зам. председателя Комитета В. С. Груздеву для представления законопроекта председателю Комитета П. В. Крашенинникову для решения вопроса о его официальном рассмотрении Комитетом. Письменного ответа из Комитета по законодательству НПА, однако, до сих пор не получила.

14 августа 2008 г. по инициативе НПА законопроект был представлен на заседании Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации с приглашением представителей всех заинтересованных организаций и учреждений (правда, от ГНЦ никто не явился). После обсуждения законопроект был одобрен. Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукин предложил включить его в программу противодействия коррупции, разрабатываемую Советом при Президенте Российской Федерации (НПЖ, 2008, 3, 90).

Год назад 12 декабря 2008 г. В. П. Лукин направил в Администрацию Президента Российской Федерации окончательное выверенный законопроект со своим сопроводительным письмом. 23 января 2009 г. был получен отрицательный ответ за подписью Л. И. Брычевой. Фактически косметические предложения законопроекта были названы в нем радикальными. Предлагаемая унификация законодательства в части регулирования вопросов использования специальных знаний в судопроизводстве отвергнута, т.к., якобы, “производство судебной экспертизы в различных видах судопроизводства имеет особенности, которые не могут быть унифицированы”. Словно наличие видовых особенностей отменяет необходимость общих процессуальных правил.

Указание на зависимость судебных экспертов отводилось следующим образом: “в соответствии с Федеральным законом государственная судебно-экспертная деятельность основывается, в том числе, на принципе независимости эксперта (ст. 4), которым установлено, что при производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела (ст. 7). Аналогичные положения содержатся и в процессуальном законодательстве Российской Федерации. Например, в соответствии с УПК РФ, эксперт не может принимать участие в производстве по уголовному делу, если имеются обстоятельства, имеющие основание полагать, что

он лично, прямо или косвенно, заинтересован в исходе данного уголовного дела (ст.ст. 61 и 70).

Таким образом, эксперт является независимым и незаинтересованным в исходе конкретного дела лицом и поэтому принцип состязательности сторон не может каким-либо образом применяться и трансформироваться в “состязательность заключений экспертов”. Словно одной декларации о независимости достаточно, чтобы она работала. Механизмом для этого и служит состязательность.

Эти и другие части текста ответа были написаны в настолько легко узнаваемом стиле и с аргументацией письменной продукции на эту тему Центра им. Сербского, что мы в своем Открытом письме его директору Т. Б. Дмитриевой текстуально воспроизвели их как доказательный пример их несостоятельности. Это письмо вместе с законопроектом было вывешено на сайте Ассоциации и опубликовано в НПЖ, посвященном 20-летию НПА России (2009, 1, 19 – 20) вместе с анализом беспрецедентного СПЭ заключения из ГНЦ, шестого по счету, впервые с искажением констатирующей части заключения (с. 61 – 65), которое инициировало это Открытое письмо.

Концепция законопроекта была опубликована также в журнале “Новая юстиция” (2009, 1) и в журнале “Медицинская экспертиза и право” (2009, 1, 7 – 10). Полный текст законопроекта с постатейным обоснованием опубликован в № 2 журнала “Медицинская экспертиза и право” для его обсуждения экспертами других специальностей.

Из ГНЦ ответа не последовало. Тогда 2 июня 2009 г. мы направили Открытое письмо Президенту Российской Федерации с публикацией его в НПЖ (2009, 2, 5 – 6).

29 августа 2009 г. мы получили “неадекватный ответ на сигнал тревоги” (как мы обозначили этот ответ, пришедший к тому же от другого адресата — Минздравсоцразвития) и опубликовали его вместе с нашей реакцией на него в Администрацию Президента Российской Федерации (НПЖ, 2009, 3, 83 – 84).

9 октября 2009 г. был получен ответ от помощника Президента Российской Федерации Л. И. Брычевой, в котором пересказывался текст нашего письма с предложением Президенту Российской Федерации воспользоваться своим правом законодательной инициативы для внесения в Государственную Думу проекта Федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты”, разработанного НПА. Такая инициатива со стороны Президента Российской Федерации, как говорилось в ответе, “не представляется возможной”. В качестве основания указывалось “отсутствие судебных решений Конституционного Суда Российской Федерации, Верховного Суда Российской Федерации и Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации, признающих положения законодательства Российской Федерации, регулирующие вопросы назначения и производства су-

дебных экспертиз, не соответствующими Конституции Российской Федерации либо нуждающимися в совершенствовании”.

Вместе с тем, в ответе указывалось, что “5 октября 2009 г. было проведено расширенное заседание Комитета Совета Федерации по правовым и судебным вопросам на тему “Вопросы совершенствования судебной экспертизы”. Таким образом, предложение Ассоциации могут быть направлены в указанный орган законодательной власти для правовой оценки и использования в работе по совершенствованию законодательства Российской Федерации”.

Подводя предварительный итог нашим усилиям по данной проблеме, следует отметить, что на самом деле Пленум Высшего Арбитражного Суда РФ еще 20 октября 2006 г. принял Постановление № 66, согласно п.п. 2 – 3 которого:

“Экспертиза может проводиться как в государственном судебно-экспертном учреждении, так и в негосударственной экспертной организации либо к экспертизе могут привлекаться лица, обладающие специальными знаниями.

Заключение эксперта негосударственной экспертной организации не может быть оспорено только в силу того, что проведение соответствующей экспертизы могло быть поручено государственному судебно-экспертному учреждению.

При поручении проведения экспертизы лицу, не являющемуся государственным судебным экспертом, в определении о назначении экспертизы указываются фамилия, имя, отчество эксперта, сведения о его образовании, специальности, стаже работы и занимаемой должности”.

Что касается совета направить законопроект в Комитет Совета Федерации по правовым и судебным вопросам, то мы ему последовали.

Дальнейшие шаги будут направлены на координацию усилий со сходной деятельностью экспертов в многочисленных иных сферах (судебно-медицинской, судебно-психологической, лингвистической, религиоведческой, искусствоведческой и т.п.).

И еще о процедуре ответов на Открытые письма.

Осенью 2009 г. Президенту Российской Федерации было направлено письмо “500 докторов наук”, в том числе 16 академиков и 20 членов-корреспондентов РАН, 6 лауреатов президентских конкурсов и 62 высокоцитируемых авторов о судьбе Российского фонда фундаментальных исследований. Тем не менее, оно не только не дошло до Президента Российской Федерации, но из Администрации Президента было переслано в Минобрнауки.

Везде есть люди не с гуманно-правовым, и даже не с государственным, а с узко ведомственным мышлением. Выход из этого в опоре на междисциплинарные усилия.

Ю. С. Савенко

## Конференция по “Правовым и этическим проблемам психиатрической помощи”

30 ноября 2009 года в Москве прошла конференция “Правовые и этические проблемы психической помощи”, проведенная по эгидой организации, которая наименовала себя “Общество — права человека и психическое здоровье” (президент В. С. Ястребов), Общественного совета по вопросам психического здоровья при главном психиатре Минздравсоцразвития (председатель В. С. Ястребов при Т. Б. Дмитриевой), Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов, Научного центра психического здоровья РАМН и ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Ключевой темой, за обсуждением которой участники провели целый день, была проблема назревшей необходимости принятия изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи. В 1998 – 2003 годах совместно с правозащитной общественностью мы предотвратили три попытки (1999, 2000, 2003) внесения изменений в Закон о психиатрической помощи, которые серьезно сужали его демократические завоевания. Сейчас речь идет о принципиально других изменениях, необходимых в силу постановлений Европейского Суда по делу Ракевич и делу Штукатурова, и постановлений Конституционного Суда.

Руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова выступила с докладом “Институт недееспособности и опеки: пути реформирования”. Однако в программе она не была представлена как представитель НПА. Доклад был посвящен тому, как в последние годы используется закон, который фактически не защищает права людей, а скорее, полностью лишает их гражданских прав. Признание граждан недееспособными чаще является мерой превентивной, преследующей цель предотвратить совершение юридически важных сделок. Огромной проблемой является и то, что суды зачастую отождествляют психическое расстройство с недееспособностью, и не ставят перед экспертами задачу выяснить, в отношении каких именно действий лицо не может понимать значение своих действий и руководить ими, ведь на самом деле влияние психического расстройства на способность принятия решения сложнее и многограннее, многие больные даже с тяжелыми расстройствами сохраняют возможность принятия решений в тех или иных случаях. Между тем, статистика поражает цифрами — ежегодно в суды подается более 40 тысяч заявлений о признании лица недееспособным, положительные решения принимаются в среднем по 35 тысячам из них, с 1998 по 2008 годы число экспертиз по недееспособности удвоилось, а по сравнению с 1994 годом — выросло в 4 раза.

Перед лицом этих и множества других не менее трудных вызовов действительности, когда необходи-

ма профессиональная солидарность и объединение усилий, мы — в который раз — сталкиваемся с прямо противоположным под маской прав человека. Одной из основных целей прошедшей конференции было конституирование в качестве ведущей новоявленной организации “Общество — права человека и психическое здоровье”. НПА России с октября 1989 года неоднократно сталкивалась с этим стереотипным сценарием: подменить нашу деятельность и само наше существование послушными управляемыми людьми. Председатель конференции В. С. Ястребов показал на экране список имен разработчиков Закона о психиатрической помощи. Никого из членов НПА там не было. Между тем из 15 реально работавших специалистов 6 было от НПА, 4 от Центра им. Сербского и 5 от пяти различных учреждений. В. С. Ястребов забыл об этом? Но на конференции распространялась книга В. Я. Евтушенко “Права людей с психическими расстройствами” с предисловием В. С. Ястребова, где этот факт упомянут. Недавно мы воспроизвели аналогичную забывчивость В. С. Ястребова в большой работе 1997 года, где он приписал нашу деятельность организации, созданной М. Е. Варганияном только на бумаге (НПЖ, 2009, 1, стр. 14). А ведь научная работа обычно располагает к точности.

Но для нас намного важнее, что ряд ведущих сотрудников Центра им. Сербского стали относиться к нашей деятельности дружественно. А. А. Ткаченко уже соглашается с важной ролью специалиста для реализации принципа состязательности в судебном процессе, Н. К. Харитонова активно поддержала нашу позицию о необходимости института парциальной недееспособности и т.д. Нельзя было не обратить внимание на отсутствие на этой конференции, посвященной “правовым и этическим проблемам психиатрической помощи” (и на многих других в течение последних лет) разработчика “Этического кодекса судебного психиатра”, самого талантливого сотрудника Центра Сербского проф. В. А. Тихоненко. Именно его горячие дискуссии с В. П. Котовым и Б. В. Шостаковичем были обычно эпицентром наших заседаний и задавали им тон наряду с выступлениями С. С. Гурвица, И. Я. Гуровича и Ю. Л. Метелицы.

Было ли умолчание о важной роли НПА осознанным или показателем непрофессионализма организаторов — неизвестно, очевидным было лишь то, что несмотря на многочасовые обсуждения реформирования закона, в финальной резолюции конференции так и не оказалось пункта о необходимых поправках, а значит актуальный и важный вопрос так и остался без внимания.

*Ю. С. Савенко*

## Круглый стол в Комитете Совета Федерации

30 ноября 2009 г. представитель НПА России был снова приглашен в Совет Федерации на очередной круглый стол Комитета по социальной политике и здравоохранению (председатель — Валентина Александровна Петренко), посвященный на этот раз “Социальной ответственности СМИ”. Эту акцию открыл председатель Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Сергей Михайлович Мионов.

В отличие от большинства выступавших, говоривших о необходимости специального социального телеканала, посвященного проблемам инвалидов, специальных журналов и других изданий, Ирина Евгеньевна Ясина, поддержанная К. А. Титовым и В. А. Крупенниковым, убедительно аргументировала необходимость внедрения этой тематики во все ТВ каналы и издания. Действительно, кто будет читать специализированные издания и смотреть такой канал ТВ кроме самих инвалидов? Такая постановка вопроса автоматически ведет к ответу: нужны те и другие формы, но каждая из них соотносится со своим читателем или зрителем. Так, “Нить Ариадны” — газета для людей с психическими расстройствами и их родственников, рассчитана на своего читателя. Ее тираж достиг 13 тысяч экземпляров и распространяется в 13 регионах с помощью многочисленных спонсоров, а ее главный редактор А. Л. Шмилович получил из рук С. М. Миронова заслуженную премию.

Председатель Всероссийского общества инвалидов депутат Государственной Думы А. В. Ломакин-Румянцев обратил внимание, что в каждом голливудском фильме присутствует инвалид. Он отметил, что в России **отсутствует государственная политика в отношении инвалидов**, а Гришин, что **отсутствует орган исполнительной власти по делам инвалидов и практика регулярных докладов о состоянии этой проблемы**, что является обычным в Европейских странах. Уже и Украина впереди нас (В. А. Субботин).

Выступление главного психиатра Москвы В. Н. Козырева подчеркнуло особое и наиболее уязвимое положение инвалидов по психическим заболеваниям. Общественные предрассудки здесь настолько сильны, что идет настоящая охота за информацией об “инвалидности по спец. ВТЭК” по стороны государственных учреждений, вопреки закону, охраняющему и гарантирующему медицинскую тайну.

В целом преобладали выступления организаций инвалидов “колясочников” (ДЦП и др.) и “глухонемых” или людей с “русской жестовой речью”, справедливо сравнивающих отношение к себе с разновидностью ксенофобии. Предпочитаемое некоторыми понятие “люди с ограниченными возможностями здоровья” вместо “инвалид” не нашло всеобщей поддер-

жки. Так же как мы критиковали подмену трудной, но содержательной работы над переменной отношения к психически больным вместо вечной эстафеты переименований (“больной” — “пациент” — “клиент” — “потребитель психиатрических услуг”), так и здесь прозвучал тезис о достойном характере термина “инвалид”. Было предложено заменить термин “толерантный” на другие: “добрый”, “с любовью” (В. А. Крупенников).

В своем выступлении я подлил ложку дегтя в благостную атмосферу обсуждения. “Главная проблема в отношении роли СМИ состоит в том, что их роль резко упала, что связано с закрытостью органов государственной власти. Даже громкие публикации и обращения сплошь и рядом игнорируются или ограничиваются отписками, волокитятся и забалтываются.

Сергей Михайлович говорил об обратной связи общества и СМИ. Но дело в отсутствии обратной связи СМИ и власти. Без этого и первая обратная связь ведет к кризису доверия и социальной напряженности.

Самая больная и страшная проблема — это проблема недееспособных. Это фактически рабы своих опекунов, признание недееспособным — способ лишить всех прав. На такое положение толкает, например, отсутствие общежитий для лиц с психическими расстройствами, утративших социальные связи. Их часто держат в ПБ или спец-интернатах только из-за того, что им негде жить, что ведет к еще одному витку вторичной, на этот раз искусственной инвалидизации.

Своего рода продолжением этой темы стало то место в выступлении зам. С. М. Миронова д-ра экономических наук проф. Константина Алексеевича Титова, где он предложил поднять руки представителям ведущих крупных печатных изданий — “Российской газеты”, “Коммерсанта” и др. — Никого из них в зале не оказалось, ни одного представителя изданий, которые читают власть предержажшие. Добавим от себя: их корреспонденты знают, на каком месте у власти положение инвалидов. А ведь это не просто 13 миллионов.

Отношение к инвалидам — это лицо всего общества, но ... именно поэтому и улучшение положения инвалидов связано с системными изменениями всего общества. Первоочередным в резолюции должна была бы стать разработка и внедрение механизмов реакции на публикации в прессе по делам инвалидов.

Импульсом к проявленной активности послужила подготовка ратификации Конвенции о правах инвалидов, подписанной 24 сентября 2008 г. Российской Федерацией, спустя два года после ее принятия Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. (Резолюция 61/106).

**Из проекта Резолюции:**

“По официальным данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в Российской Федерации более 13 миллионов инвалидов (из более 500 млн. в мире). При этом основная их масса ежедневно сталкивается с рядом барьеров: в передвижении, общении, трудоустройстве, получении знаний, информации и других аспектах.

В сентябре 2008 года Российская Федерация подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов и готовится к ее ратификации... Необходимо признать людей с ограничениями жизнедеятельности равноправными гражданами и партнерами, а не особой группой... Инвалидность — это не медицинская проблема... Придется внести серьезные изменения в законодательную и практическую политику в отношении инвалидов.

Социальная функция журналистики в России в целом значительно ослабла. Статьи ...носят в основном информативный, а не аналитический характер. Этически некорректные публикации — достаточно распространенное явление в российском информационном поле.

СМИ должны участвовать в формировании позитивного отношения общества к людям с ограничени-

ями жизнедеятельности, способствовать повышению их самооценки, содействовать стиранию социальных стереотипов общественного мнения о них и изменению унижающего достоинство личности образа человека с ограничениями жизнедеятельности как неполноценного и немого.

**...Участники “круглого стола” рекомендуют:**

– разработать и включить в обязательную программу обучения по специальности “журналистика” курс лекций по этическому освещению проблем людей с ограничениями жизнедеятельности в СМИ; принять меры по преодолению сложившейся практики негативного освещения в СМИ образа людей с ограничениями жизнедеятельности, способствующего формированию пренебрежительного и оскорбительного к ним отношения, стигматизации и дискриминации в обществе; разработать мотивационные программы для СМИ с целью обеспечения регулярного освещения социальной проблематики... учредить национальную премию по социальной журналистике; провести семинары по этическому освещению проблем инвалидов в СМИ”

Мы видим, что все эти меры косметические.

**Ю. С. Савенко**

**Создание видимости объективности на ТВ****Демонстрация неотвратимости наказания  
ценой грубого нарушения УПК  
и осуждения невменяемого**

Спрашивается: какова идея и цель конкретной передачи “Пусть говорят” о деле Филиппа Яловеги?<sup>1</sup> Обе стороны оспорили судебное решение осудить Яловегу на 16 лет. Для одних это мало, для других много в силу ряда смягчающих обстоятельств, для нас — сам вопрос о виновности и наказании отпадает в силу явно болезненного состояния в юридически значимый момент.

Казалось, задача передачи — разобраться в деле, выслушать все стороны. Это внушало энтузиазм. Из Костромы на запись приехали 15 актеров драмтеатра, ведущим актером которого был Яловега, его сокурсники, жена, сыновья погибших женщин. На постаменте в креслах с микрофонами усадили экспертов: театрального режиссера, актера, критика, юриста, генерала МВД, а в качестве психиатра — Михаила Виноградова, многолетнего сотрудника Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, — уч-

реждения, проводившего судебно-психиатрическую экспертизу Яловеги, т.е. заинтересованное лицо, странно рассуждавшего на общие темы, уводя от острых вопросов. Меня, изучавшего судебно-психиатрическое заключение Центра им. Сербского, и написавшего на него свое заключение (опубликовано в НПЖ 2009, 2), которое следователь приобщил к делу, посадили отдельно без микрофона.

Вопиющий факт: категорический отказ судьи заслушать меня, специально приехавшего в Костромской областной суд, — т.е. грубейшее нарушение ч. 4 ст. 271 УПК, из передачи был вырезан.

Был вырезан также фрагмент, где я после того, как нелепость мотива убийства всем присутствующим стала очевидна, зачитал анекдотически звучащую фразу, с которой начинается Приговор суда: “Суд установил, что Яловега Ф. Ю. совершил умышленное убийство с целью кражи, тайного хищения чужого имущества”. Выходит, что то, что выглядит для всех дикостью, для суда вполне естественное, легко допустимое поведение?

Были вырезаны фрагменты, где говорилось о склонности в состоянии депрессии к самооговорам вплоть до наглядной формы в следственном эксперименте.

<sup>1</sup> 1-й канал ТВ, 16 ноября 2009 г.

Вырезан и заключительный фрагмент, где я говорил, что у Яловеги было сумеречное состояние сознания, а не — только и обсуждавшееся — состояние аффекта, о высокой уязвимости экспертного заключения Центра им. Сербского и напомнил, что с глубокой древности в отношении любых поступков в состоянии психотического расстройства вопрос о вине даже не ставится. Короче — три четверти сказанного мной было вырезано, несмотря на краткость.

Вырезано было и самое лучшее выступление специально приглашенного юриста. Исчезло и выразительное сведение об адвокате Яловеги Т. М. Рябининой, которая после убийства ее мужа категорически не брала такие дела, а дело Яловеги взяла бесплатно.

Зато значительное место и внимание было предоставлено в передаче экстрасенсу!

Итак, 34-летний исполнитель заглавных ролей классического репертуара умышленно убил 50-летнюю повариху кафе и ее 60-летнюю соседку, нанеся им 6 и 14 ударов ножом, с целью кражи имущества на общую сумму 14 тысяч рублей: три кольца, два кошелька с 10 рублями, посуда с остатками еды и т.п.? Так ведь он во всем сознался и даже показал на следственном эксперименте, как он это делал, и даже отрицал самооговор! Правда, когда он осознал совершенное, он погрузился в депрессию с упорным стремлением самоказания, попытками самоубийства, потребовавшую стационарного лечения в психиатрической больнице. Да и челюсть у него оказалась сломана, и сам он сейчас говорит, что на самом деле многого не помнит и не понимает, как такое могло случиться, но заполнял проблемы, помогая следствию. Но ведь признание — “царица доказательств” и “первые показания — самые верные”.

В итоге, как и на суде, мне не дали сказать о необходимости дополнительной стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы с новыми вопросами, в частности, не исследованной версии о сумеречном состоянии сознания истеро-эпилептоидного генеза в момент убийства.

Устраивать шоу, тем более грубо тенденциозное, из трагедии — выглядит этически крайне сомнительным. Этот телерепортаж — полумера, снимающая пенки сенсации, создающая видимость публичности и скрывающая наглухо искусствен-

ность обвинения и преступное осуждение психически больного человека.

Мы обратились к председателю Комитета Общественной Палаты по общественному контролю за исполнением законодательства — А. Г. Кучерене с открытым письмом в отношении грубого нарушения УПК, отлавливали его по мобильному телефону,... но он успешно уклонился от ответа.

### Кампания против “садистов-усыновителей”

Речь идет о женщине, уже — до установления судом истины — публично многократно ошельмованной в прессе как садистка, уволенной в связи с этим как и ее муж с работы и вызвавшей, отказываясь от конфиденциальности, пройти любые испытания, чтобы вернуть детей. Любые экспертные комиссии, детекторы лжи, любые современные изыски выявления скрытой агрессии и т.п.

Коллизия такова: один суд отменил усыновление, другой рассматривает уголовное дело об истязании ребенка. Комиссия НПА по настоятельной просьбе Ларисы Агеевой провела ее освидетельствование.

Окончательная версия, показанная по ТВ, представляла нашу позицию в урезанном виде и с явным предпочтением противоположной стороны. Но для профессионального глаза была очевидна беспомощность “детектора лжи” и использования “шкалы лжи” в отрыве от “шкалы достоверности” и “шкалы коррекции”. Ощущалось отсутствие четкости и ясности для зрителя, видимо в связи с отсутствием научного консультанта этого сюжета. Удачей можно назвать выплывшую под занавес ведущую роль в раскрытии травли супругов Агеевых помощника Жириновского, которого, в отличие от всех прочих, допустили к мальчику в больницу вопреки его полному непрофессионализму общения с детьми в таких ситуациях. В итоге детей вернули в интернат, приемных родителей опозорили, лишили работы, ввергли в депрессию и судят. А единокровную мать, лишённую родительских прав в связи с алкоголизмом, вытащили из небытия, грубо травмируя детей, и она сразу продала права на информацию об этом деле.

Ю. С. Савенко



## Гете и “Физиогномика” Лафатера

Гете переболел многими характерными в юности увлечениями: он занимался алхимией, изучал “черно-книжников”, дружил с Лафатером.

Физиогномика, так же как графология, очевидным образом содержит в себе богатейшую информацию о личности человека, но корректно извлечь и объективизировать ее — до сих пор труднейшая, не поддающаяся полноценному решению задача.

Нельзя не увидеть, что столкновение с такими проблемами формировало научные подходы Гете. В этом отношении представляют интерес его воспоминания о Лафатере в “Поэзии и правде”.

Идея Лафатера о единстве характера человека и животных с их обликом и, отсюда, об общности определенных черт поведения людей с теми животными, на которых они похожи, имеющих овечьих, ослиный и т.п. облик имела первоначально успех, во многом благодаря удачно найденным и зарисованным ... прототипам.

Каспар Лафатер (J. C. Lavater, 1741 – 1801) — протестантский проповедник, пастор церкви сиротского дома в Цюрихе, автор религиозных песнопений, поэм и драм, смело выступивший против ландфогта Цюриха, притеснявшего жителей кантона, и добившийся его смещения. Его знаменитую 4-х томную “Физиогномику” (1792) Н. М. Карамзин собирался издать в русском переводе.

Анонимная статья Гете, ратовавшая за терпимость в религиозных взглядах, восхитила Лафатера, он выяснил тогда еще неизвестное имя Гете (1772 г., накануне выхода драмы “Гетц фон Берлихинген”) и написал издателю, что это “гений первой величины”. А когда Гете в ответ на его просьбу прислать свой портрет послал чужой, тотчас распознал подлог. Они

встретились и подружились. Спустя 10 лет книга Лафатера “Понтий Пилат” привела к разрыву. Гете писал: “В моих глазах в Лафатере высочайший человеческий разум соединился с грубейшим суеверием... он свихнулся на истории Христа и не может оправиться”. “Христа он воспринимал буквально... а потом возомнил, что действительно слился с ним воедино, более того — с ним отождествился и проникся убеждением, что и в нынешнее время можно творить чудеса”.

Лафатер привлек Гете к работе над “Физиогномикой”, вначале как рисовальщика, а потом редактора и даже автора ряда фрагментов, особенно относительно животных.

Гете привлекла сама идея физиогномики как “познания внутреннего человека через его внешность”. Это определение Лафатера в узком смысле слова значило “науку о чертах лица и их значении”, а в широком включало образ жизни и поведения, одежду и домашнюю обстановку.

Исследования включали анализ профилей (чаще теневых) с измерениями высоты носа, лба и т.д. Но даже попытки математической обработки этих данных предпринято не было. Никакой научной ценности эта работа не имела. Но отдельные фрагменты, из которых она состояла, содержали много интересных мыслей и наблюдений, будивших интерес к большому кругу явлений, не охваченных наукой, чем объясняется ее большая популярность.

Все, что относится к черепам животных, по признанию Гете, написано им. А здесь обсуждается принципиальное отличие посадки головы у человека и животных, и то, что кости определяют строение мягких тканей. Эта идея была доведена в наше время до вос-



становления лица по черепу (М. М. Герасимов, 1949). “Нет ничего внутри, ничего снаружи, ибо внутреннее и есть внешнее”.

“Как пробирный камень... Лафатер благодаря чистоту понятию о человечестве, жившему в его душе, и острой, тонкой наблюдательности... был словно создан для того, чтобы замечать особенности отдельных людей... Лафатерово проникновение в сущность любого человека порой казалось невероятным. Общаться с Лафатером было жутковато; устанавливая физиогномическим путем свойства вашего характера, он становился истинным властителем ваших мыслей, без труда разгадывая их в ходе беседы”. Однажды Лафатер, собирая пожертвования “решил никому не смотреть в лицо, а только на руки и по рукам восстанавливать образ прихожанина. Не одна лишь форма пальцев, но и то, что они выражали при опускании лепты, не ускользали от его внимания, и он рассказал мне об этом много интересного”.

“Лафатер обладал невероятным упорством, терпением и выдержкой; он веровал в свое учение и, задавшись целью распространить его по всему миру, готов был лаской и кротостью добиваться того, чего нельзя было сделать силой... Он был одержим страстной тягой к действию и воздействию — я не знал никого другого, кто бы действовал так неустанно... Лафатер всех на свете хотел сделать сотрудниками и соучастниками... Он заказал множество портретов со значительных и именитых людей... Художников просил посылать рисунки, нужные ему для его цели (в частности, как они представляют себе Христа)... Он проделал огромную работу, затратил кучу денег... Но те-

перь, когда физиогномика должна была быть обоснована, подтверждена примерами и возведена в достоинство науки, оказалось, что ни одна таблица не говорит того, что ей следовало говорить; все они заслуживали порицания, требовали оговорок, могли считаться не удачными, а разве что допустимыми, многие же попросту зачеркивались приложенными к ним объяснениями. Для меня, всегда искавшего твердой почвы, прежде чем двинуться вперед, это была одна из самых неприятных задач, когда-либо на меня возлагавшихся... Мы прикидывали, что бы придумать поостроумнее, дабы явно негодное сделать поучительным, а следовательно, и годным...”

“Мы двигались в противоположных направлениях. Лафатерово различение человеческих лиц было чуждо моей натуре. Впечатление, которое человек производил на меня с первого взгляда, в известной мере, определяло мое к нему отношение... Лафатер никогда не мог перейти к обобщениям. Это было разве что собрание определенных линий и черт, даже бородавок и родимых пятен, с которыми он почему-то связывал нравственные, а то и безнравственные свойства человека. И все это в полном беспорядке, вразброс, без каких бы то ни было указаний, что к чему относится. Не чувствовалось ни писательского метода, ни художественного чутья, они являли собой лишь страстное, даже яростное изложение собственных мыслей и пожеланий.

Когда я перечитываю произведение Лафатера, оно вызывает во мне комически-веселое чувство” (Гете И. В. Собрание сочинений, т. 3 — М., 1976).

---

## УТОЧНЕНИЯ

Рисунок Н. В. Гоголя в НПЖ 2009, 3  
принадлежит  
художнице Г. Неменовой

Рисунки к статье “Гете и “Физиогномика” Лафатера”  
в этом выпуске журнала принадлежат  
английскому художнику Д. Фюзели

# РЕКОМЕНДАЦИИ

---

*Шпет Густав.* Очерк развития русской философии. II — М., 2009

Философы XX века. Книга 3 — М., 2009

Философы Франции. Словарь — М., 2008

*Бофре Жан.* Диалог с Хайдеггером в 4-х кн. — СПб., 2009

*Шульга Е. Н.* Понимание и интерпретация — М., 2008

\* \* \*

*Тилли Чарльз.* Демократия — М., 2007

*Бек Ульрих.* Космополитическое мировоззрение — М., 2008

Уйти, чтобы остаться: социолог в поле — СПб., 2009

*Верховский Александр* (сост.). Верхи и низы русского национализма — М., 2007

*Верховский А., Кожевникова Г.* (сост.). Радикальный русский национализм: структуры, идеи, лица — М., 2009

\* \* \*

Этос науки — М., 2008

*Кругляков Э. П.* “Ученые с большой дороги” — 3. — М., 2009

В защиту науки. Бюллетень 5 — М., 2009

*Успенский Владимир.* Апология математики — СПб., 2009

*Эрик де Рьедматтеи.* Изобретения XXI века, которые изменяют нашу жизнь — М., 2009

\* \* \*

*Экман Пол.* Психология лжи. — СПб., 2010

*Винтерхофф-Шпурк Петер.* Медиапсихология — Харьков, 2007

*Бурно М. Е.* Клинический театр — сообщество в психиатрии — М., 2009

\* \* \*

*Хейзинга Йохан.* Культура Нидерландов в XVII веке. Эразм. Избранные письма. Рисунки. — СПб., 2009

*Кемпер Дирк.* Гете и проблема индивидуальности в культуре эпохи модерна (культурологическая реконструкция становления концепции индивидуальности) — М., 2009

*Белый Андрей.* Символизм. Книга статей — М., 2010

История австрийской литературы XX века — М., 2009

\* \* \*

*Фуллер Уильям.* Внутренний враг: шпиономания и закат императорской России — М., 2009

*Нахапетов Борис.* Очерки истории санитарной службы ГУЛАГа — М., 2009

*Попов Гавриил.* Вызываю дух генерала Власова — М., 2008

*Леви Примо.* Канувшие и спасенные — М., 2010

*Бровко Л. Н.* Церковь и Третий Рейх. — СПб., 2009

*Кулевич Эрик.* Народный протест в хрущевскую эпоху. Девять рассказов о неповиновении в СССР — М., 2009

# ABSTRACTS

---

---

## **On conceptual crisis in psychiatry and its resolution**

**O. A. Savenkov** (Sydney, Canada)

**Key words:** *psychiatry, evolutionary psychiatry, psychotherapy, biological psychiatry*

The article explores some factors in conceptual crisis in psychiatry: numerous theoretical schools, explaining the causes and mechanisms of psychopathology, their weak scientific methodology, reductionism of the biological psychiatry, and “atheoretical” approach in contemporary classifica-

tions of psychiatric disorders. Evolutionary approach is viewed as one of the solution to this problem. Evolutionary theory is the only scientific theory that explains the origins of biological species. It can be used as a meta-theory in psychiatry, enabling researches to understand and connect proximate and ultimate causes of mental illness, which will allow the development of new and more effective treatments.

## **Sciencemetric analysis of the XIII and XIV psychiatric congresses' articles: suicidology**

**A. A. Ivushkin, A. V. Nemtsov**

**Key words:** *suicides, suicidology, sciencemetrica*

Analysis of the chapter “Suicidology” (27 articles for the XIII congress and 36 articles for the XIV congress) suggests the following changes in scientific work during last 5 years. The number of the articles increased, yet number of the topics remains the same. The great majority of the topics are single present. The arti-

cles of the XIV congress contain less psychological and psychopathological subjects. The diagnosis according to the ICD-10 presents only in 1 article. More articles of the XIV congress are dedicated to the organization and methodology of research in suicidology. There is a significant increase in use of the standard scales, interviews and questionnaires.

## **Comparative characteristics of physiological and pathological akinesia**

**D. N. Sakellion** (Athens, Greece),

**U. H. Alimov, N. N. Bryantzeva, B. S. Busakov** (Tashkent, Uzbekistan)

**Key words:** *hypnotic and pathological catalepsy, brain biorhythms, akinesia*

Symptoms and EEG-characteristics in hypnotic and pathological catalepsy are given. Differences of low- and

high frequency brain biorhythms, correlated with expression of external manifestation of hypnotic state and catatonic stupor are described. These data present an additional information of akinesia mechanisms.

## **Position of psychotherapy in combined treatment of schizophrenic spectrum disorders**

**A. V. Pavlichenko**

**Key words:** *schizophrenic spectrum disorders, psychotherapeutical targets, cognition, motivations, psychotherapeutical principles*

The current investigations of clinical features and cognition in schizophrenic spectrum disorders have

been examined. Targets of psychotherapy in the field of these researches have been discussed. In addition to this, common psychotherapeutical principles in combined treatment of schizophrenic patients have been described.

## **On psychoanalytical understanding of etiology, pathogenesis, and clinical picture of dependence on gambling**

**D. A. Avtonomov**

**Key words:** *gambling, gambler, etiology, pathological addiction, psychoanalytical approach, S. Freud, regression*

The author discussed etiology, pathogenesis, and clinical picture of dependence on gambling from the point of view of psychoanalysis. The evolution of psychoanalytical views on the problem is shown. Initial hypothesis about pathological addiction to gambling discussed in psycho-

analytical literature are underlined. The author presents an approach based on the concept of regression, intrapsychical conflict, drives, and pleasure principle, according to that the process of gambling for the pathological gambler represents a surrogate sexual excitement, and the gain becomes an equivalent of orgasm. Five clinical examples illustrate the views.