

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2012

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

**Журнал включен в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий (981),
рекомендованных ВАК РФ для публикации основных научных результатов диссертаций
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.**

Сдано в набор 14.03.2012. Подписано в печать 29.03.2012. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2012-01-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
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544.

СОДЕРЖАНИЕ

60 ЛЕТ “ДЕЛУ ВРАЧЕЙ”	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ	
Дефицитарный тип резидуального состояния при манифестных прогрессивных формах шизофрении (сообщение 1) — А. Г. Мкртчян (Ереван, Армения)	8
Купирование алкогольного абстинентного синдрома на современном этапе — Т. А. Кожина, И. В. Яшкина, А. Г. Гофман	13
Патологическая склонность к азартным играм. Часть 2. — Д. А. Автономов	17
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Сифилис мозга или шизофрения? Ведущий акад. РАМН А. С. Тиганов, врач-докладчик Ю. Л. Мартынюк.	27
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Якоб Клези (Берн). Невроз, обустройство жизни, государственное устройство (часть 2)	38
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Душевнобольной в Церкви и в обществе — Б. А. Воскресенский	47
XVI Консторумские чтения	53
О “малой” психотерапии в работе участкового психиатра — М. Е. Бурно	56
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Учёт волеизъявления недееспособного пациента в общемедицинской практике — Ю. Н. Аргунова	58
Можно ли установить группу инвалидности лицу без его согласия? — Ю. Н. Аргунова.	63
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Клинические и социальные факторы риска агрессивных действий женщин с личностной патологией. Судебно-психиатрический анализ — В. В. Русина, Е. В. Повалюхина (Воронеж)	68
Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права (2011, 3, 4) — В. В. Мотов (Тамбов)	74
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Подэкспертный — не деревянная кукла! Академические тонкости или судьба больного	83
ХРОНИКА	
Снова и еще решительнее встать?	86
Социальная психиатрия сегодня	90
Пастырь — психиатр — психотерапевт. III международная конференция, посвященная наследию митрополита Антония Сурожского	91
Политика вторгается в психиатрию	92
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Белый билет — Надежда Мальцева	93
90-ЛЕТИЕ ПРОФ. ШОТА ГАМКРЕЛИДЗЕ (Тбилиси, Грузия)	94
НЕКРОЛОГ — Мелвин Сабшин (США)	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	96
АННОТАЦИИ	97

CONTENT

60 YEARS OF THE “DOCTORS’ CASE”	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Deficit form of residual condition in manifested progredient forms of schizophrenia (part 1) — A. G. Mkrtchyan (Yerevan, Armenia).	8
Reduction of alcoholic abstinent syndrome at the present stage — T. A. Kozhina, I. V. Yashkina, A. G. Hophman	13
Pathological predisposition to gambling. Part 2 — D. A. Avtonomov	17
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Cerebral syphilis or schizophrenia? — acad. A. S. Tiganov, Yu. L. Martyniuk	27
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Jacob Klaesi (Bern). Neurosis, improvement to life, state structures (part 2)	38
PSYCHOTHERAPY	
The mentally ill in the Church and in the society — B. A. Voskresensky	47
XVI-th Konstorum hearings	53
About “minor” psychotherapy in district psychiatrist’s work — M. E. Burno	56
PSYCHIATRY AND LAW	
Cognizance of willingness of an incapable patient in the all-medical practice — Yu. N. Argunova	58
Weather it is possible to establish invalidity to a person without its consent? — Yu. N. Argunova	63
FORENSIC PSYCHIATRY	
Clinical and social factors of risk of criminal aggression of women with a personal pathology. The judicial-psychiatric analysis — V. V. Rusina, E. V. Povaljuhina (Voronezh)	68
Review of selected articles from the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2011, 3,4 — V. V. Motov (Tambov)	74
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Evaluated person is not a wooden doll! Academic point or the fate of a patient	83
THE CHRONICLE	
Again and more categorical backward	86
Social psychiatry today	90
Pastor — psychotherapists — psychiatrist. III international conference devoted to inheritance of Metropolitan Anthony of Sourozh (Bloom)	91
Politics interferes psychiatry	92
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Military service exemption certificate — Nadezhda Maltseva	93
THE 90-TH ANNIVERSARY OF PROF. SHOTA GAMKRELIDZE	94
OBITUARY — MELVIN SABSHIN	95
RECOMMENDATIONS	96
ABSTRACTS	97

60 ЛЕТ “ДЕЛУ ВРАЧЕЙ”

В обозримой старшим поколениям врачей перспективе, 2012 год — это шестидесятилетие “дела врачей” — очередного неслыханного по масштабам и нелепости дела сталинской эпохи. Оно требует интердисциплинарного анализа, но касается нас, как психиатров, в большей мере, чем врачей других специальностей. Писать об этом деле очень тяжело и неприятно, — оно обнажило слишком многое из того, что хотелось бы задвинуть подальше и забыть. Но это слишком опасный абсцесс. Можно ли забыть энтузиазм, с которым раскручиваемые лживой пропагандой массы обрушились на корпорацию врачей в целом? Это было нечто значительно более массовое, чем описанные В. М. Бехтеревым “холерные бунты” прошлого. Врачи недолго побыли в шкуре отторгаемого отщепенца, чужака, изгоя, еврея.

Читаем в поразительных воспоминаниях об этом проф. Якова Львовича Рапопорта “На рубеже двух эпох” (СПб., 2003).

Летом 1952 года из кремлевской больницы были изгнаны без объяснения причин и вскоре арестованы выдающиеся клиницисты, работавшие там много лет в качестве консультантов, лечившие выдающихся деятелей советского государства. В их числе академики М. С. Вовси и В. Н. Виноградов, профессора П. И. Егоров, Э. М. Гельштейн, Я. Г. Этингер (личный врач Берия, был арестован первым еще в декабре 1950 г. и умер в тюрьме), В. Х. Василенко, А. М. Гринштейн и его жена проф. Попова, Б. С. Преображенский, И. И. Фейгель, В. Ф. Зеленин, Б. И. Збарский, В. В. Закусов, Н. А. Шерешевский, В. Е. Незлин, Н. Л. Вильк, Г. Я. Эпштейн, братья Б. Б. и М. Б. Коган, причем последний, как и М. И. Певзнер, были “арестованы” посмертно, устранены со всех постов акад. А. И. Абрикосов¹ и его жена Ф. Д. Вульф и многие-многие другие из ведущей профессуры, частично с ассистентами и членами семей. Из известных психиатров М. Я. Серейский. В областных медицинских институтах, особенно на Украине, органы МГБ по примеру Москвы активно фабриковали дела и арестовывали профессоров-евреев. Во многих местах это выглядело как опустошение... Реальной мотивировкой часто служило имя-отчество. Например: “ректора 2-ого Московского медицинского института проф. Топчана (как) Абрама Борисовича, освободить от занимаемой должности”. Это “как” понималось всеми

¹ Выдающийся ученый-клиницист, директор ликвидированного за год до этого Института морфологии АМН, как рассадника “вирховианства”, в угоду О. Б. Лепешинской, изгнанной отсюда в силу профессиональной несостоятельности. Абрикосов вскрывал Менжинского, Жданова и др. и не ставил навязываемых спецслужбами диагнозов.

без письменных указаний. Но потом стесняться перестали. Арестованным часто прямо заявлялось: Вы арестованы как еврейский буржуазный националист, враг народа. Жестокими избиениями, унижениями и угрозами выколачивали самые нелепые показания. Главный терапевт Советской Армии в годы войны акад. М. С. Вовси “рассказал мне, что он даже расплакался, когда от него потребовали признания в том, что он был и немецким шпионом. Он им сказал: “Чего вы от меня хотите? Ведь я признал, что я был американским и английским шпионом, неужели этого вам мало? Немцы расстреляли в Двинске всю мою семью, а вы требуете, чтобы я признал, что был их шпионом?”. В ответ он получил матерную ругань и требование: “Профессор, г...но, нечего запирается, был и немецким шпионом”. Он подписал, что был и немецким шпионом... С этого момента признавшийся становился участником следственного процесса не в качестве обвиняемого, а в качестве разоблачителя. Очные ставки с ними производили впечатление тяжелого бреда, но это не было бредом, была полная безнадежность, не было морального стимула для сопротивления, оговаривали близких друзей и даже родных. Когда спустя 6 лет у Вовси развилась саркома ноги, потребовавшая ампутации, он сказал мне: “Разве можно сравнить мое теперешнее состояние с тем, которое было тогда? Теперь я потерял только ногу, но остался человеком, а там я перестал быть человеком”.

Официальная версия, озвученная Хрущевым на XX съезде была целиком лишена национального фактора и годится разве что в качестве триггерного механизма спускового крючка. “В начале 1952 г. личный врач Сталина проф. В. Н. Виноградов обнаружил у него резкое ухудшение в состоянии здоровья и сделал запись в истории болезни о необходимости строгого медицинского режима с полным уходом от всякой деятельности. Когда Берия сообщил Сталину об этом, тот пришел в бешеную ярость: в кандалы его, в кандалы!”

“Сталин страдал в последние годы гипертонической болезнью и мозговым артериосклерозом. У него возникли периодические расстройства мозгового кровообращения, следствием которых явились обнаруженные при патологоанатомическом вскрытии (умер он от обширного кровоизлияния в мозг) множественные мелкие полости (кисты) в ткани мозга, особенно в лобных долях в результате гипертонии и артериосклероза. Эти изменения (особенно локализация их в лобных долях мозга, ответственных за сложные формы поведения человека) и вызванные ими нарушения в психической сфере наложились на конституционный, свойственный Сталину, деспотический фон, усилили его”. Отмеченная В. М. Бехтеревым

еще в 1927 г. и стоившая ему жизни параноидная настроенность Сталина проявлялась в длинной череде политических процессов и убийств, включая близкое окружение, что неизбежно вело к взаимному раскачиванию этой настроенности и деятельности МГБ. Доверие к врачам у Сталина якобы терялось по мере послушных заключений о смерти его жены “от аппендицита”, Орджоникидзе “от паралича сердца”, Менжинского и Горького “от рук” Д. Д. Плетнева и Л. Г. Левина², от заключений о смерти Куйбышева и Фрунзе.

“Продажность элиты была следующим звеном в цепи параноидной логики Сталина. Он не верил в идейную преданность советских людей в своей стране. А органы безопасности представляли советское общество как сборище потенциальных предателей и изменников”.

Дело врачей, которое и по мнению А. И. Солженицына, действительно питалось общим психозом Сталина, его боязнь заговоров, подозрительностью к врачам, быстро и естественно попало в уже готовое, давно прокладываемое русло. Антисемитский поворот в политике Сталина начался со времени его сближения с Гитлером в 1939 году, когда была проведена чистка наркоматов иностранных дел и внешторга, Литвинов заменен Молотовым. “В годы войны советская пропаганда никак не была тревогу в связи с уничтожением евреев в Германии, и даже прикрывала происходящее там, опасаясь во время такой войны восприниматься собственным народом как власть проеврейская... После войны наибольший поток беженцев шел на Украину, но именно там встретил наиболее неприязненное отношение населения, особенно к прежнему начальству и владельцам завидных квартир; сказывалось действие гитлеровской пропаганды на оккупированных землях... Хрущев выдерживал секретную инструкцию по Украине: не принимать евреев на ответственные посты... “Лучше бы они поехали в Биробиджан...” За 1946 – 1947 гг. отправилось туда несколько организованных эшелонов, до 5 – 6 тысяч человек. В 1946 – 1947 гг. был устранен со своих государственных постов (а в январе 1949 г. арестован) “фактический руководитель” Еврейского антифашистского комитета (ЕАК) Лозовский, глава Соинформбюро, а в январе 1948 г. убит председатель ЕАК народный артист СССР Соломон Михоэлс (Вовси)³, в конце года арестованы другие члены ЕАК. В 1948 г., наряду с признанием Израиля, рассыпан тираж “Черной книги”, составленной И. Эренбургом и В. Гроссманом, об уничтожении евреев нацистами. С января 1949 г. началась кампания против псевдонимов еврейских деятелей искусства и “безродных космополитов”. До 1953 г. включительно длилось

² Но именно эти выдающиеся специалисты категорически отказались в 1932 году ставить свою подпись под заключением о смерти Аллилуевой от аппендицита.

³ Убийца получил орден Великой Отечественной войны 1 ст.

масштабное устранение евреев из армии, государственной службы, культурных, научных, производственных сфер деятельности. В 1950 г. вынужден был уйти с должности даже директор знаменитого физтеха, его организатор в 1918 г. акад. А. Ф. Иоффе. Установилась процентная норма по “пятому пункту” доступа в ВУЗы и на значительные посты. В 1952 г. органами МГБ “раскрыт еврейский заговор” на Московском автомобильном заводе, в Московском метрополитене. С января возобновлено следствие, а 12 августа 1952 года расстреляны ведущие члены ЕАК — цвет еврейской интеллигенции.

13 января 1953 г. грянуло сообщение ТАСС: “Арест группы врачей-вредителей. Некоторое время тому назад органами госбезопасности была раскрыта террористическая группа врачей, ставивших своей целью, путем вредительского лечения, сокращать жизнь активным деятелям Советского Союза... Документальными данными, исследованиями, заключениями медицинских экспертов и признаниями арестованных установлено, что преступники, являясь скрытыми врагами народа, осуществляли вредительское лечение больных и подрывали их здоровье... Преступники признались, что они умертвили тов. А. А. Жданова,... сократили жизнь тов. А. С. Щербакова ... Они старались вывести из строя маршала Василевского, маршала Говорова, маршала Конева, генерала армии Штеменко, адмирала Левченко и др. ... Большинство участников террористической группы (Вовси, Коган, Фельдман, Гринштейн, Этингер и др.) были связаны с международной еврейской буржуазно-националистической организацией “Джойнт”, созданной американской разведкой якобы для оказания международной помощи евреям в других странах. На самом же деле эта организация проводит под руководством американской разведки широкую шпионскую террористическую и иную подрывную деятельность в ряде стран, в том числе и в Советском Союзе. Арестованный Вовси заявил следствию, что он получил директиву “об истреблении руководящих кадров СССР” из США от организации “Джойнт” через врача в Москве Шимелиовича⁴ и известного еврейского буржуазного националиста Михоэлса. Другие участники террористической группы (Виноградов, Коган М. Б., Егоров) оказались давнишними агентами английской разведки. Следствие будет закончено в ближайшее время (ТАСС)”.

Это сообщение ошеломило весь мир, Эйзенхауэр и Черчилль категорически отвергли версию об американских и английских шпионах. Дело врачей сыграло немалую роль в критическом осмыслении западной интеллигенцией основ советского строя.

Реакция советского общества была двойная: дикое озлобление против извергов человеческого рода и панический ужас перед “белыми халатами”. Во всех учреждениях и предприятиях прокатились митинги с требова-

⁴ Главный врач больницы им. Боткина.

нием самой суровой казни для преступников. Многие предлагали себя в палачи. Аптеки и лечебные учреждения опустели. Врачи боялись ходить на работу, а пациенты боялись лечиться у них.

К организации антиеврейского народного гнева были привлечены и видные неарестованные евреи, которые должны были подписать петицию с просьбой о самом суровом наказании. Отказались поставить свою подпись только четверо⁵. Погромные статьи и карикатуры воскресили самые отвратительные образцы дореволюционного и нацистского прошлого. Антисемитское беснование было и на митинге АМН, резкую отповедь которому дал только акад. Г. Н. Сперанский. На митинге Терапевтического общества “социальный заказ” усердно выполнял его председатель акад. А. Л. Мясников. Он “не знал удержу в поношении арестованных профессоров не только как политических преступников, но и как лже-ученых, профессиональных невежд, в числе их — и своего друга Вовси, что не помешало им в дальнейшем восстановить прежние дружеские отношения”.

В последний момент казалось бы неизбежную развязку прервала 3 марта смерть Сталина, оставшегося без врачей, с бывшим фельдшером.

Последовавшая 04.04.1953 реабилитация и освобождение невинно арестованных врачей встретила неудовольствие партийных организаций.

“Не для всех арестованных по “делу врачей” оно завершилось возвратом в ночь на 4 апреля в status quo ante. Действовали типовые парадоксы МГБ. Объектом одного из них стал проф. Марк Яковлевич Серейский⁶. Это был известный психиатр, разносторонне образованный ученый, превосходный музыкант-пианист. Он был арестован позднее всей основной группы “убийц в белых халатах”... Как он мне рассказывал, следователь добивался от него главным образом признания в его преступной связи с проф. В. Ф. Зелениным, его близким другом. Следователь добивался этого и после того, как проф. Зеленин, выпущенный на свободу с полной реабилитацией, отдыхал в санатории... При этом следователь не скупился на соответствующие эпитеты по адресу Зеленина... В конце апреля вместо очередного допроса следователь задал ему вопрос: “Так вы отрицаете, что Вы — сволочь? Тогда убирайтесь отсюда вон.” ...

Этот обвинительный стиль даже вдогонку, вместо извинений — наша традиция. Но побывавшие в палаческих лапах следователей не ожесточились, наоборот, их впоследствии отличали чуткость и глубокое

⁵ Это — народный артист СССР уникальный бас Марк Рейзен, герой Отечественной войны, командир казачьего конного корпуса генерал-полковник Яков Крейзер, Илья Эренбург и композитор Исаак Дунаевский.

⁶ М. Я. Серейский — ученик П. Б. Ганнушкина, его сотрудник с 1918 г., зачинатель (наряду с А. И. Ющенко и М. А. Чалисовым) биохимического направления в отечественной психиатрии, соавтор известного учебника по психиатрии с М. О. Гуревичем (первое изд. 1928, пятое — 1940).

сопереживание чужому горю. Чудовищный опыт нацистских и сталинских лагерей подтвердил, — страдания облагораживают и переплавляются в творчество и добрые дела, тогда как издевательства оскотинивают и преследуют страхами как воздаяние свыше.

Для объяснения “дела врачей” есть четыре версии, не считая официальной.

Психиатрическая версия. Нелепый разрушительный характер “дела врачей” у многих писавших о нем не оставлял сомнения в его болезненной природе, в параноидном бреде у Сталина, периодически обострявшегося со времени памятного диагноза Бехтерева (“параноик”), далеко выходящего за пределы декомпенсации параноидного расстройства личности. Разумеется, в условиях диктаторского режима.

Макиавелевская версия представляет рациональное выведение этого дела из изначально криминального прошлого Сталина (совместно с Камо), попыток ликвидировать все свидетельства и свидетелей своей роли агента царской охранки и такой же роли провокатора на протяжении последующих десятилетий по устранению всех реальных и мнимых конкурентов. Гениальный мастер закулисных интриг. 30 лет у власти.

Еврейская версия, которая — вводя дело врачей в свой аналитически выделенный контекст — видит его смысл в предстоявшей депортации евреев в уже подготовленные для них лагеря, о которой попросят сами евреи для спасения от погромов. Но такая центрация еврейской темы для Сталина (в отличие от Гитлера) была совершенно побочной, которой он, не будучи антисемитом, пользовался в манипулятивных целях. Тщательный анализ этого вопроса Г. В. Костырченко (“Тайная политика Сталина: власть и антисемитизм”, М., 2001) показал, что идея депортации — практически неосуществимый миф.

Вышедший из-под контроля, спонтанный саморазрушительный процесс, естественный для сложившейся системы воплощенного Левиафана: раскрученная машина изобличения и уничтожения Госбезопасности требовала все новых и новых жертв, ее технологии обкатались до потери трения. Так, однажды запущенный процесс часто дает неожиданные результаты и контрреакцию, диаметрально противоположную запланированной цели. Кампания против космополитов и “дело врачей” пресекли успешно проводимую политику тотальной ассимиляции евреев, а шпионизация вела к потере доверия к государственной пропаганде. Мое собственное прозрение, еще в школе, началось с прочитанного в учебнике истории утверждения, что Шамиль — английский шпион, и сполна состоялось, когда шпионом был объявлен Берия.

Мы видим, что все эти четыре версии имеют под собой серьезные основания и что они не альтернативны друг другу, что информация о деле врачей необходима как драматический пример сложного клубка многих разнообразных проблем, какими являются и судьбы разбираемых нами пациентов.

Ю. С. Савенко

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Дефицитарный тип резидуального состояния при манифестных прогредиентных формах шизофрении

(Сообщение 1)

А. Г. Мкртчян¹

Клинико-психопатологически, клинико-катамнестически и психометрически исследованы 243 стационарных хронически больных с манифестными прогредиентными формами шизофрении на отдаленной стадии болезни. При дифференциации типов исхода оказалось, что психотический тип резидуального состояния встречается в 9,5 %, тип с редуцированными позитивными расстройствами в 35,8 % случаев, дефицитарный тип в 42,0 %, а исход в клиническое выздоровление в 12,8 %. Среди больных с дефицитарным типом резидуального состояния в 39,2 % случаев наблюдался психопатоподобный дефект, в 54,9 % случаев — псевдоорганический, а интеграция шизоидных и псевдоорганических расстройств у больных с манифестными прогредиентными формами шизофрении наблюдалась лишь в 5,9 % случаев.

Ключевые слова: шизофрения, прогредиентность, резидуальное состояние, шизофренический исход, шизофренический дефект.

Одной из наиболее сложных и противоречивых проблем изучения шизофрении является систематика шизофренического дефекта. Исследования проявлений психического дефекта при шизофрении, продолжающиеся многие десятилетия, отражены в многочисленных работах [1 – 22], часть которых посвящена систематике шизофренического дефекта [1, 3, 5, 9 – 11, 13 – 17, 19, 22]. Если рассмотреть наиболее фундаментальные из них, то можно выделить следующие подходы.

Один из них основан преимущественно на подразделении дефекта на структурно однородные “монотетические” формы — изменение структуры личности (дисгармония личностного склада [7], деформация структуры личности [19]), с одной стороны, и падение психической активности (редукция энергетического потенциала [15], астенический дефект [17], динамическое опустошение [19]), с другой стороны, и “политетический” или единый дефект сложной структуры [11, 14, 22]. Авторы рассматривающие психический дефект в рамках политетической модели, т.е. единого дефекта, в структуре психического дефекта рассматривают проявления как психопатоподобного дефекта (дефекта шизоидной структуры), так и проявления псевдоорганического дефекта.

Наиболее полно и фундаментально интегративная модель дефекта изложена в работах В. Ю. Воробьева [1]. Данные, полученные автором в ходе исследования дефекта на модели шизофрении, протекавшей с преобладанием негативных расстройств, свидетельствуют, что, с одной стороны, шизофренический дефект во всех случаях имеет сложную интегративную структуру и включает в себя как шизоидные, так и псевдоорганические изменения. С другой стороны, анализируя динамику дефекта, автор показал, что интеграция шизоидных и псевдоорганических изменений осуществляется неодинаково во всех случаях, а происходит либо по пути деформации структуры личности, либо падения психической активности. В. Ю. Воробьев [1] обосновал свое положение и показал корреляции между отдельными вариантами и шизоидного, и псевдоорганического ряда негативных изменений. Им было установлено, что сочетания тяжелых изменений, завершающих формирование дефекта, ограничиваются фактически двумя вариантами: дефект типа фершробен связан чаще всего со снижением уровня личности, а псевдобрадикация чаще сочетается с дефектом по типу дефицитарной шизоидии. На основании этого было установлено, что “крайние” варианты интеграции шизоидных и псевдоорганических изменений могут рассматриваться в качестве двух самостоятельных типов дефекта, которые могут быть определены как дефект с преобладанием деформации структуры личности (сочетание изменений типа фершробен со снижением уровня

¹ Кафедра психиатрии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци, Ереван, Армения.

личности) и падением психической активности (сочетание псевдобрадикации с шизоидными изменениями типа дефицитарных) [1].

Целью исследования явилось определение типологии и изучение частоты формирования разных типов исхода неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных форм шизофрении на отдаленных этапах шизофренического процесса с исследованием психопатологической структуры резидуальных состояний, степени выраженности и соотношения в них позитивных и негативных расстройств.

Настоящее сообщение является частью более широкого исследования закономерностей динамики и исхода манифестных прогрессивных форм шизофрении на современном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было исследовано 243 хронически больных шизофренией, находившихся в Севанской психиатрической больнице, которая в основном осуществляет уход за хронически больными. Из них 122 (50,2 %) — мужчины и 121 (49,8 %) — женщины. Критериями включения в материал исследования являлись: манифестные прогрессивные формы шизофрении, обнаруживающие стойкие признаки неблагоприятного течения процесса; сформировавшееся стойкое резидуальное состояние с длительностью не менее 1 года до момента обследования, соответствующее критериям резидуальной шизофрении по МКБ-10 (F20.5). Критериями исключения стали: неблагоприятно протекающие неманифестные формы шизофрении; малопрогрессивные формы шизофрении.

Методы исследования — клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и психометрический.

Для клинического исследования нами была разработана анкета, включающая социально-демографические, анамнестические и клинические параметры, отражающие актуальное психическое состояние, а также социально-трудовую и культурно-реабилитационную вовлеченность больных. Данные дополнялись сведениями, полученными от медицинского персонала, врачей и некоторых посещавших больных родственников.

Для оценки выявленных в ходе клинико-психопатологического обследования качественных признаков позитивных и негативных психопатологических расстройств в количественном отношении вся группа больных исследовалась также психометрическим методом. Использовалась шкала позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS).

Больные исследовались в два этапа. На первом этапе все больные обследовались клинически — клинико-психопатологическим и психометрическим методами. На втором, клинико-катамнестическом этапе

исследования, осуществлялась ретроспективная реконструкция предшествующей истории болезни каждого больного. Для восстановления всей истории болезни использовались архивные материалы психиатрических клиник. Статистическая обработка материала осуществлялась программой “Биостат”.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования было обнаружено, что при неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных формах шизофрении могут формироваться как различные типы исходных резидуальных состояний, так и исход в клиническое выздоровление. Частота формирования психотических резидуальных состояний составляла $9,5\% \pm 1,9$, резидуальных состояний с редуцированными позитивными расстройствами — $35,8\% \pm 3,1$, дефицитарных резидуальных состояний — $42,0\% \pm 3,2$, а исхода в клиническое выздоровление — $12,8\% \pm 2,1$.

В настоящем сообщении будут рассматриваться вопросы, касающиеся психопатологической структуры, типологии и степени выраженности дефицитарных резидуальных состояний при неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных формах шизофрении.

Возраст больных с дефицитарным типом резидуального состояния ($n = 102$; $42,0\% \pm 3,2$) на момент катамнеза составлял от 25 до 74 лет, в среднем $47,6 \pm 10,1$. Начало шизофренического процесса приходилось на возраст от 15 до 50 лет, в среднем $24,6 \pm 7,4$. Длительность болезни на момент обследования составляла от 7 до 45 лет, в среднем $22,8 \pm 8,4$; возраст имеющегося инициального этапа болезни — от 15 до 50 лет, в среднем $24,4 \pm 7,4$. Инициальный этап болезни был представлен психопатоподобными расстройствами в 55,1 % случаев, аффективными расстройствами в 14,3 % случаев, с негативными расстройствами в 12,2 % случаев, невротоподобной картиной в 12,2 % случаев и параноидальным синдромом в 6,1 % случаев. Возраст проявления манифестного психоза составлял от 15 до 50 лет, в среднем $26,1 \pm 7,6$. Манифестный параноидный психоз встречался в 63,7 % случаев, галлюцинаторно-параноидный в 19,6 % случаев, галлюцинаторный в 4,9 % случаев, депрессивно-параноидный в 3,9 % случаев, кататонический в 2,9 % случаев, кататонно-параноидный в 2,9 % случаев, аффективно-бредовой в 2,0 % случаев. В 53,9 % случаев наблюдалось приступообразно-прогрессивное течение, в 46,1 % случаев — непрерывное. На протяжении всего периода шизофренического процесса в 46,1 % случаев наблюдались параноидные и парафренические приступы, в 33,3 % случаев — галлюцинаторно-параноидные приступы, в 2,9 % случаев — кататонические и параноидные приступы, в 3,9 %

случаев — депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные, в 3,9 % случаев — галлюцинаторно-параноидные и парафренические приступы, в 2,9 % случаев — галлюцинаторные, в 2,0 % — аффективно-бредовые и параноидные, в 4,9 % — кататонические и галлюцинаторно-параноидные приступы. Возраст появления негативных расстройств — от 15 до 54 лет, в среднем $31,7 \pm 8,6$. Время появления негативных расстройств от начала болезни — от 1 до 15 лет, в среднем $5,9 \pm 3,8$. Возраст начала стабилизации процесса — от 20 до 67 лет, в среднем $40,8 \pm 9,2$. Время стабилизации процесса от начала болезни — от 2 до 35 лет, в среднем $15,8 \pm 7,2$. Длительность дефектной стадии болезни к моменту катамнеза составляла от 2 до 34 лет, в среднем $15,9 \pm 7,8$. Длительность стабилизированной стадии болезни к моменту катамнеза составляла от 1 до 21 года, в среднем $7,0 \pm 4,8$. Количество перенесенных госпитализаций — от 2 до 22, в среднем $7,2 \pm 4,5$. Длительность последнего пребывания в стационаре — от 1 до 23 лет, в среднем $6,2 \pm 5,0$.

Что касается степени выраженности психического дефекта у больных с дефицитарным типом резидуального состояния, то следует отметить, что легкий дефект (суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 11 баллам) наблюдался у 42 больных — $17,3 \% \pm 2,4$, умеренный дефект (суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 28 баллам) наблюдался у 39 больных — $16,0 \% \pm 2,3$, а глубокий дефект (суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 47 баллам) у 21 больного $8,6 \% \pm 1,8$.

Дефицитарный тип резидуального состояния ($42,0 \% \pm 3,2$ от всех исходов) отражал максимально реализованную регрессиентную динамику продуктивных психопатологических расстройств. На отдаленной, давно стабилизированной стадии шизофренического процесса у этой группы больных происходило постепенное полное обратное развитие продуктивных психопатологических расстройств при наличии разного характера и разной степени выраженности психического дефекта.

При рассмотрении группы больных с дефицитарным типом резидуального состояния по обобщенным категориям дефекта обнаружилось, что в 39,2 % случаев наблюдался психопатоподобный дефект (дефект шизоидной структуры), в 54,9 % случаев — псевдоорганический, а в 5,9 % случаев — сочетанный.

Исходя из предложенной В. Ю. Воробьевым [1] типологии психического дефекта, среди обследованных нами больных были выделены и дифференцированы 4 изолированных типа дефекта и 2 интегративных типа, отражающих сочетание отдельных типов дефекта.

Дефект типа фершробен (эволюционирующая шизоидия по Н. Еу) был обнаружен в 2,4 % случаев от всех типов исхода манифестных прогрессиентных

форм шизофрении и в 1,1 % случаев от всех дефицитарных резидуальных состояний. Этот тип дефекта характеризовался бедным аутизмом, гиперстенией с патологической аутистической деятельностью, полным отрывом от действительности, прошлого опыта, ориентировки на будущее, формальностью контактов, безучастностью к событиям в жизни окружающих, нарушением осознания своего поведения. Больные отличались странностью, парадоксальностью, вычурностью, нелепостью, что отражалось как в поведении больных и их внешнем облике, так и в их суждениях. Больные не следили за своим внешним видом, были нечистоплотны, неопрятны, небрежны или вычурны в манере одеваться. Наряду с аутизмом и парадоксальностью мышления и поведения, существенное место в структуре дефекта типа фершробен занимало эмоциональное изменение, проявляющееся в расстройстве в сфере высших эмоций. Существенным образом нарушалась эмоциональная нюансировка межличностных отношений, чувство такта, дистанции. Больные не к месту шутили, громко неадекватно хохотали. В некоторых случаях наблюдались монотонно приподнятый эффект с самодовольством, беспечностью, элементами регрессивной синтонности. Психомоторная сфера больных отличалась неловкостью и диспластичностью. Наблюдались манерность, вычурность, нарочитость, гримасничество, неестественность, угловатость, порывистость, толчкообразность движений, быстрые, суетливые движения, экспрессивная жестикуляция, однообразие и стереотипность поведения.

Дефект по типу дефицитарной шизоидии был обнаружен в 25,0 % случаев от всех типов исхода манифестных прогрессиентных форм шизофрении и в 38,2 % случаев от всех дефицитарных резидуальных состояний. Этот тип дефекта характеризовался отстраненностью от окружающего, индифферентностью, обеднением в сфере влечений, интересов. В противоположность больным с дефектом типа фершробен у больных с дефектом по типу дефицитарной шизоидии наблюдались снижение активности, ослабление определенности, избирательности и направленности интересов, отражающееся в отсутствии предпочтительности, например, в участии во внутрибольничных мероприятиях, чтении книг, просмотре телевизионных передач. Больные были тихими, молчаливыми, послушными, кроткими, смиренными, готовыми всем услужить. Их отличала индифферентность, обеднение в сфере влечений и интересов, инфантилизм с чертами зависимости, подчиняемости, ведомости, пассивности и безынициативности. При этом наблюдались симбиотические формы контактов с персоналом или другими больными. У больных с дефектом по типу дефицитарной шизоидии аутизм был больше астеническим, характеризовался не формальностью контактов, а значительным сокращением, сужением контактов. Отрыв от реальности не был выражен, больные знали о происходящих вокруг

событиях, могли сделать неожиданно тонкое замечание в адрес окружающих, подметить тот или иной интересный факт, проявить иронию, понять юмор. Наблюдаемые при дефекте типа фершробен странности, чудачества, парадоксальность не встречались у больных с дефектом по типу дефицитарной шизоидии. Поведение их было упорядоченным, они принимали установленные в стационаре правила. В отличие от больных с дефектом по типу фершробен у больных с дефектом по типу дефицитарной шизоидии критика к своему поведению была нарушена незначительно. Они осознавали свое ущербное положение, обусловленное ограниченными возможностями в связи с заболеванием. Больные были опрятны, чистоплотны. Высшие эмоции, эмоции к близким и родственникам у больных были сравнительно более сохранены. Не отмечались также нарушения чувства такта, дистанции. Психомоторная сфера отличалась обеднением экспрессивности в мимике, склонностью к однообразным позам, пассивностью.

Дефект по типу снижения уровня личности (простой дефицит) был обнаружен в 41,0 % случаев от всех типов исхода манифестных прогрессивных форм шизофрении и в 29,4 % случаев от всех дефицитарных резидуальных состояний. Этот тип дефекта характеризовался как бы “опрошением” личности. Больные отличались сохранной активностью, однако примитивностью, бедностью внутреннего содержания, малым объемом информации, ограниченностью круга интересов, прямолинейностью и схематизмом суждений и слабой критической оценкой своей деятельности. Суждения и умозаключения больных характеризовались трафаретностью, банальностью, конкретностью, поверхностностью, примитивностью, отсутствием индивидуальной окраски, почти полной невозможностью абстрагироваться от тех или иных деталей. У них было нарушено чувство такта и дистанции. Обнаруживалась слабость осмысливания, больные часто не понимали смысла задаваемых вопросов, обнаруживали недостаточную логичность в ответах. Больные с дефектом по типу снижения уровня личности не могли объяснить переносный смысл пословиц и поговорок, давали им конкретное толкование. Самооценка больных в большинстве случаев была завышена, они переоценивали свои возможности, личные качества, прошлые достижения.

Дефект по типу псевдобрадикации (астенический дефект, аутохтонная астения, редукция энергетического потенциала) был обнаружен в 19,8 % случаев от всех типов исхода манифестных прогрессивных форм шизофрении и в 25,5 % случаев от всех дефицитарных резидуальных состояний. Этот тип дефекта характеризовался в первую очередь признаками аутохтонной астении, снижением психической активности. У больных наблюдалось ощущение непроходимости, недостаточной умственной активности, сопровождающейся отказом от всякого рода деятельно-

сти, требующей целенаправленных усилий, падение спонтанности психических процессов, ослабление побуждений, замедление психических функций, инертность мыслительных процессов. В отличие от больных с дефектом по типу снижения уровня личности больные не обнаруживали значительной дезорганизации формальных свойств интеллекта, они могли проявить иронию, сделать весьма тонкое замечание в адрес окружающих, проявлять частичную критическую способность по отношению к себе и к своей несостоятельности. Здесь больше наблюдались падение побуждений, снижение спонтанности, замедленность всех психических процессов и инертность мыслительных функций.

В соответствии с интегративными вариантами дефекта среди больных с дефицитарным типом резидуального состояния в 2,9 % случаях наблюдался дефект по типу деформации структуры личности (сочетание дефекта типа фершробен с дефектом по типу снижения уровня личности), а в 2,9 % случаев наблюдался дефект по типу падения психической активности (сочетание дефекта по типу дефицитарной шизоидии с дефектом по типу псевдобрадикации).

Таким образом, в ходе настоящего исследования было обнаружено, что интеграция шизоидных (психопатоподобных) и псевдоорганических расстройств у больных с манифестными прогрессивными формами шизофрении наблюдалась не во всех случаях, как было описано В. Ю. Воробьевым [1], а только у определенной группы больных. Заключение автора были основаны на изучении психического дефекта больных шизофренией с преобладанием на всем протяжении заболевания негативных расстройств. Фактически исключались случаи с наличием в клинике болезни каких-либо продуктивных психопатологических расстройств, и исследовались больные с неманифестной и, главным образом, малопрогрессивной шизофренией. Между тем, наличие в динамике болезни многочисленных рецидивирующих продуктивных психопатологических расстройств, а также высокая прогрессивность шизофренического процесса, по-видимому, патопластически структурируют психический дефект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев В. Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств). Автореф. дисс. докт. мед. наук. М. 1988.
2. Жариков Н. М. Клиника ремиссий шизофрении в отдаленном периоде заболевания. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1961. — 32 с.
3. Зеневич Г. В. Ремиссии при шизофрении. — Л., 1964. — 216 с.
4. Маринов Ал. К вопросу о течении и исходе шизофрении (предварительное сообщение). Журн. невропатол. и психиатр., 1961, 11, с. 1723 — 1727.
5. Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., Медгиз. 1963., — 198 с.
6. Пантелева Г. П., Цуцульковская М. Я., Беляев Б. С. Гебоидная шизофрения. — М: Медицина, 1986. — 192 с.

А. Г. Мкртчян

7. *Снежневский А. В.* Шизофрения и патогенез. М., 1969, с. 5 – 28.
8. *Сухарева Г. Е.* Дефектные состояния у больных шизофренией детей и подростков. 4-ый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Сборник тезисов и докладов. Т. 1, 1963, с. 457 – 465.
9. *Фаворина В. Н.* О конечных состояниях шизофрении. Дисс. докт. мед. наук. М., 1965. — 563.
10. *Эдельштейн А. О.* Исходные состояния шизофрении. М. 1938. — 115 с
11. *Andreasen N. S.* Diagnisis of Schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 1987. — Vol. 13. — P. 9 – 22.
12. *Berze J.* Psychologie der schizophrenen Prozesse und schizophrenen Defekt-Symptome. Wien. med. Wschr., 1929, 139 – 141.
13. *Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatri. Berlin, 1930.
14. *Carpenter W. T., Heinrichs D. W., Wagman A. M.* On the Heterogeneity of Schizophrenia // Controversies in Schizophrenia: Changes in Constancies. N.Y.: Guilford Pres, 1987.
15. *Conrad K.* Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart, 1958. -165 S.
16. *Ey. H.* Etudes Psychiatriques. Paris. 1952.
17. *Huber G., Gross G., Schuttler R., Linz M.* Longitudinal studies of schizophrenic patients. // Schizophr Bull. — 1980. — № 6. — P. 592 – 605.
18. *Jackson J. H.* Selected Writing, Vol. 2, New York, 1958.
19. *Janzarik W.* Basisstorungen: Eine Revision mit strukturdynamischen Mitteln // Der Nervenarzt. — 1983, Bd. 54. S. 122 – 130.
20. *Leonhard K.* Zum Problem der Nozologie im Bereich der endogenen Psychozen. 1972, S. 1 – 12.
21. *Mazurkiewicz I.* Zarys psychiatrii psychofizjologicznej. Warszawa, 1980.
22. *Strauss J. S.* Negative Symptoms: Future Development of the Concept. // Schizophrenia Bulletin. 1985. — Vol. 11. — P. 457 – 460.

**Восьмой конгресс
НЕЙРОМЕХАНИЗМЫ
ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ**

2 – 5 мая 2012 г., Сан-Пауло, Бразилия

www.cbce.com.br

**ПЕРВЫЙ ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС
ПО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

27 – 31 мая 2012 г., Стамбул, Турция

www.biologicalpsychiatry-istambul2012.org

**Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ**

17 – 21 октября 2012 г., Прага, Чехия

Wpaic2012@guarant.cz; www.wpaic2012.org

Купирование алкогольного абстинентного синдрома на современном этапе

Т. А. Кожина, И. В. Яшкина, А. Г. Гофман¹

Представлены современные данные об экспериментальном и клиническом изучении влияния препаратов различной направленности действия на скорость и особенности купирования алкогольного абстинентного синдрома. Значительное место уделено дифференцированной врачебной тактике и сочетанному использованию новых лекарственных средств и форм со стандартными, отработанными методиками купирования похмельного синдрома. Указаны рекомендуемые дозы и режим приема лекарственных препаратов.

Ключевые слова: терапия ААС (алкогольный абстинентный синдром), влечение к алкоголю, аффективные, соматоневрологические и диссомнические расстройства.

Известно, что подходы к интенсивной терапии абстинентных состояний в значительной степени отработаны и успешно используются. Несмотря на это, комплекс патологических расстройств, таких как влечение к алкоголю, аффективные, диссомнические и неврологические нарушения, субъективно тяжело переживаются пациентами и, порой, препятствуют достижению терапевтических ремиссий. Особенно, как показывает практика, это актуально в случаях сочетания алкоголизма с различными видами психической патологии — аффективными расстройствами, органической недостаточностью, процессуальными заболеваниями.

Важнейшим компонентом интенсивного купирования ААС считается инфузионно-трансфузионная терапия. Однако, следует подчеркнуть, что назначение дезинтоксикационных средств, в состав которых входит много жидкости, может ускорить падение концентрации алкоголя в крови и усугубить тяжесть состояния. Некоторые авторы указывают на необходимость осторожного подхода при проведении инфузионной терапии в связи с опасностью нарастания отека мозга.

В качестве наиболее патогенетически оправданного и эффективного средства с широким спектром действия по отношению к соматовегетативным, неврологическим и психопатологическим проявлениям ААС рекомендовано использование смеси Е. А. Попова (100 мл 40 % водки вместе с 0,2 – 0,4 г фенобарбитала). При необходимости в течение первых двух суток существования ААС смесь Попова может назначаться повторно. Можно сочетать смесь Попова с парентеральным назначением 20 – 40 мг диазепама (реланиума, седуксена) или 2 мг феназепама.

У некоторых наркологов вызывает сомнения использование нейролептиков как одного из средств купирования патологической симптоматики ААС. Осо-

бенно ярые представители доказательной медицины говорят о неоправданном их использовании в наркологии. Тем не менее, для купирования аффективных нарушений с преобладанием раздражительности, тоскливо-злобных (дисфорических) проявлений, повышенной возбудимости, а также абстинентных явлений, сопровождающихся тревожно-депрессивными расстройствами, рекомендуется применение “малых” нейролептиков — тиоридазина (сонапакса, меллерила), перициазина (неулептила), хлорпротиксена (труксала).

С целью купирования ААС, сопровождающегося двигательным беспокойством, тревогой, страхом, выраженной тягой к спиртному, а также для устранения психопатоподобных нарушений у больных алкоголизмом может назначаться галоперидол (10 – 15 мг). Эффективно в этих случаях и сочетание оксибутирата натрия (2 – 4 г) с диазепамом (седуксеном, реланиумом), вводимым внутримышечно, а также со снотворными препаратами. При тяжелом алкогольном абстинентном синдроме, сочетающемся с тревожностью, суетливостью, нарушениями сна, нередко единичными обманами восприятия, эффективным оказывается внутривенное капельное введение 2 мл 0,25 % раствора дроперидола с 2 мл 0,1 % раствора феназепама на 200 мл физиологического раствора. До засыпания скорость введения препаратов составляет 100 – 120 кап/мин. с последующим переходом на медленную инфузию (20 – 40 кап/мин.). Достаточно быстро уменьшается суетливое возбуждение, затем наступает длительный сон. После пробуждения отмечается значительная редукция абстинентной симптоматики.

Есть данные о применении левомепромазина (тизерцина) и хлорпромазина (аминазина) для купирования похмельного синдрома, но выраженное гипотензивное действие ограничивает показания для назначения этих препаратов. Необходимо отметить, что назначение хлорпромазина для купирования похмельного синдрома и острых алкогольных психозов усугубляет имеющуюся энцефалопатию и может привести к

¹ Московский НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ.

смерти больных. Противопоказано его применение в качестве седатика.

Транквилизаторы, в особенности бензодиазепинового ряда (феназепам, седуксен (диазепам, реланиум)), занимают одно из первых мест в терапии ААС. Их эффективность как средств для купирования средних и тяжелых форм ААС связана с противотревожным и противосудорожным действием, устранением состояния тревоги, психомоторного возбуждения без значительной депрессии дыхания и глубокого угнетения ЦНС. Может также использоваться ативан (зарубежный препарат, близкий по действию к феназепаму), радедорм (эуноктин, нитразепам). Из других препаратов эффективны клонетиазол (геминеврин) в дозе 0,6–1,2 г, золпидем (ивадал), мидозалам (дормикум) в дозе 7,5–15 мг, реладорм по 1–2 таблетки с целью седации и улучшения качества сна. Чувство тревоги хорошо устраняется алпразоломом (0,25–0,5 мг 3 раза в сутки). В качестве дополнительной терапии для нормализации сна может быть рекомендован ноотропный препарат фенибут (фенигама), основу химического строения которого составляет ГАМК. Фенибут увеличивает продолжительность фаз “медленного” и “быстрого” сна, а в структуре “медленного” сна проявляет активность в отношении его 3 и 4 стадии (“дельта-сна”). Препарат обладает легким транквилизирующим и анксиолитическим эффектом, потенцирует действие других транквилизаторов, в связи с чем он может быть рекомендован в сочетании с феназепамом или седуксеном. Фенибут назначается в течение острого периода ААС по 0,5 г утром и днем, на ночь — 1,75 г.

Все шире внедряются в практику купирования ААС селективные анксиолитики, которые обладают хорошей переносимостью, низкой токсичностью, благоприятным профилем взаимодействия с другими лекарственными средствами, применение которых не сопровождается явлениями лекарственной зависимости и синдромом отмены.

По данным клинических испытаний, афобазол по силе купирующего воздействия на соматоневрологическую и аффективную симптоматику ААС не уступает широко используемому в наркологической практике транквилизатору седуксену. Данные клинических исследований, полученные различными авторами, подтверждают наличие селективного анксиолитического эффекта с мягким активизирующим действием при отсутствии седативных побочных влияний и быстрое начало действия.

При терапии афобазолом отсутствует присущая пациентам, получающим седуксен, дневная сонливость и моторно-идеаторная заторможенность. Это является несомненным преимуществом препарата. На терапии афобазолом достаточно быстро купируется тревожность, уменьшается напряженность, появляется ощущение расслабленности, улучшается качество сна, исчезают кошмары и сны алкогольного

содержания. Значительно быстрее, чем у пациентов, находящихся на терапии седуксеном, редуцируются слабость, вялость, ощущение разбитости и чувство дискомфорта.

При лечении афобазолом в средних терапевтических дозах больных алкогольной зависимостью средней степени выявлена его высокая активность в отношении купирования соматовегетативных (потливость, жажда, снижение аппетита), неврологических (тремор, атаксия) и аффективных (тревога) проявлений ААС. В зависимости от тяжести течения ААС доза препарата достигает 30–60 мг в сутки.

Еще одним из перспективных отечественных препаратов, который может использоваться в качестве одного из средств купирования ААС, является гидроксизин (атаракс). Этот препарат известен как атипичный транквилизатор, отличающийся от бензодиазепинов механизмом центрального действия. Он не вызывает лекарственной зависимости. Гидроксизин является производным пиперазина, обладает анксиолитическим действием и при этом не имеет химического сродства с соединениями фенотиазинового ряда.

Выявлена высокая активность гидроксизина в качестве препарата, устраняющего неврологические (тремор) и соматовегетативные (потливость, жажда) проявления похмельного синдрома. В более короткие сроки отмечается ускорение засыпания. Атаракс назначается перорально в комплексе со стандартной дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией. Суточная доза — 50 мг в сутки: по 0,5 таблетки утром — днем и 1 таблетка (25 мг) на ночь.

В комплексную терапию следует включать средства метаболического действия с вегетостабилизирующими и антидепрессивными эффектами: алкогал, дельтаран, мексидол, биотредин, пропротен, фенибут.

Особого внимания заслуживает отечественный препарат мексидол. В результате сравнительных исследований показано, что мексидол уменьшает тяжесть ААС и смягчает его течение. Выявлена достаточно высокая активность препарата в отношении устранения неврологических проявлений ААС — тремора и атаксии, улучшения функции сна, более быстрой редукции вегетативной симптоматики.

У инъекционного мексидола преобладает анксиолитический компонент действия, что проявляется в отчетливом транквилизирующем действии и в более выраженном влиянии на тревогу. Инъекционный мексидол, в отличие от таблетированной формы, более эффективен в отношении аффективной патологии. Он устраняет тревогу в достоверно более короткие сроки по сравнению с контролем.

Наиболее отчетливый эффект наблюдается на дозах препарата 500 мг в сутки. Рекомендуется принимать перорально по 2 таблетки (по 0,125 г) два раза в день, либо внутримышечно по 2–4 мл. (5% р-ра) также два раза в день (утром и на ночь) в течение всего периода существования ААС.

Данные ЭЭГ исследований подтверждают положительную клинико-терапевтическую динамику на фоне лечения мексидолом. Во-первых, отмечается усиление основного ритма — индекс α -активности увеличивается на 15 – 20 %, особенно в центральных, теменных и височных областях, т.е. в тех корковых зонах, которые имеют наиболее мощные морфо-функциональные связи с лимбико-ретикулярным комплексом. Эти наблюдения являются косвенным доказательством нормализующего влияния препарата на эмоциогенные структуры мозга. Вторым наиболее значимым изменением структуры ЭЭГ под влиянием мексидола является уменьшение индекса бета-активности у всех больных, что указывает на уменьшение явлений ирритации в стволовых структурах мозга.

По данным РЭГ исследований на фоне терапии мексидолом наблюдается снижение гипертонуса церебральных сосудов, повышение кровенаполнения как магистральных, так и капиллярных сосудов и уменьшение венозного застоя.

Депрессивные нарушения в структуре ААС нередко по продолжительности превышают длительность тревожных проявлений. “Классические” препараты из группы антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), тримипрамин (герфонал)) могут значительно утяжелить проявления острого периода ААС из-за побочного атропиноподобного эффекта. Поэтому, они должны назначаться по миновании острого периода ААС. Антидепрессанты “нового” поколения — адеметионин (гептрал), тианептин (коаксил), миансерин (леривон, миансан), мirtазапин (ремерон), отличающиеся существенно меньшей токсичностью, отсутствием холинолитической активности, могут назначаться с первых дней существования ААС. Так, по данным клинических исследований, терапевтическая активность препарата леривон распространяется не только на аффективную симптоматику, но приводит к более быстрому и эффективному купированию всего комплекса соматовегетативных, неврологических и психических нарушений, в т.ч. расстройств сна в структуре алкогольного абстинентного синдрома.

Как следует из таблицы, по выраженности купирующего эффекта препараты, используемые в качестве средств купирования основных проявлений алкогольного абстинентного синдрома, могут быть объединены в 3 группы: 1) миансерин, тиаприд, пропротен; 2) феназепам, алкогал, диазепам, мексидол; 3) дельтаран, латран, мirtазапин.

Вегетостабилизирующий и соматотропный эффекты проявляются в большей степени при назначении алкогала, мексидола, афобазола, миансерина, пирлиндола и мirtазапина. Пресомнические расстройства быстрее устраняются феназепамом, миансерином, мirtазапином, мексидолом. Интрасомнические расстройства, по нашим наблюдениям, также

Таблица 1. Спектр терапевтической активности различных препаратов.

Препараты	Действие препаратов				
	Анксиолитическое	Антидепрессивное	Антикревнговое	Вегетостабилизирующее	Гипногенное
Алкогал		+	+	+++	
Аминазин			+		
Афобазол	++			+++	
Биотредин				+	
Галоперидол			++		
Дельтаран		++		++	+
Диазепам	++		+		+
Латран			+	+++	
Мексидол				+++	++
Миансерин	++	++	+	+	++
Миртазапин		+		++	++
Пирлиндол		+		++	
Пирацетам					
Пропротен	+	+	+	++	+
Тианептин	+	+			
Тиаприд	++	++	+	+	++
Феназепам	+++				+++
Фенибут					
Флупентиксол			++	+	

быстрее купируются феназепамом, миансерином, мексидолом, тиапридом, галоперидолом, дельтараном, мirtазапином и диазепамом.

В качестве противотревожных средств наиболее эффективными оказались феназепам, миансерин, тиаприд, афобазол и тианептин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г. Я., Нисс А. И. Фармакология ноотропов. — М., 1989. — с. 112 – 118.
2. Бобров А. Е., Кулыгина М. А., Белянчикова М. А., Ржезников М. В., Гладышев О. А. Влияние препарата Атаракс на когнитивные функции при лечении тревожных расстройств. Журнал для практикующих врачей “Атмосфера. Нервные болезни”. — М., 2005, № 3, стр. 30 – 34.
3. Гофман А. Г. и др. // Современные подходы к лечению больных алкоголизмом.-Современные проблемы психического здоровья. — М., 2005, стр. 240 – 248.
4. Гофман А. Г. “Хронический алкоголизм” Психиатрия: Справочник практического врача / под ред. А. Г. Гофмана. — М.: Медпресс-информ, 2006. — с. 471 – 487.
5. Иванец Н. Н., Игонин А. Л. Алкоголизм: Руководство для врачей / под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М., 1983. — С. 75 – 138.
6. Машиковский М. Д. Лекарственные средства-15-е изд., перераб., испр. и доп. — М.: ООО “Издательство Новая Волна”, 2005. — 1200 ст.: ил.; стр. 84.
7. Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Чумаков Д. В. и др. Результаты клинического изучения селективного анксиолитика афобазола. Экспер. клин. фармакол. 2001; 64(2): 15 – 9.

8. Смулевич А. Б., Дробизев М. Ю., Иванов С. В. Клинические эффекты бензодиазепиновых транквилизаторов в психиатрии и общей медицине. — М. Медиа Сфера, 2005.
9. Машковский М. Д. Лекарственные средства-15-е изд., перераб., испр. и доп. — М.: ООО "Издательство Новая Волна", 2005. — 1200 ст.: ил.; стр. 84.
10. Соловьева А. Д. Атаракс в лечении синдрома вегетативной дистонии. Ж. "Лечение нервных болезней", — М., № 2(14), 2004, с. 1 – 3.
11. Энтин Г. М., Крылов Е. Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. — М., 1994. — Т. 1. — с. 20 – 49.
12. Chumakov D. V. Peculiarities of action of anxiolytica afobazole in patients from different typological groups. European Neuropsychopharmacology, Moscow, 2005; S. 160.
13. De Brabander A., Deberdt W. Effect of hydroxyzine on attention and memory. Human Psychopharmacology 1990: 357 – 62.
14. Ferreri M., Hantouche E. Recent clinical trials in generalized anxiety disorder / Acta Psychiatr. Scand 1996, 98, (Suppl 393); 102 – 106.
15. Kolotilinskaya N. V., Badysbtov B. A., Makbnycheva A. L. et al Phase-1 investigation of selectiv anxiolytic afobazole. European Neuropsychopharmacology, Moscow, 2005; S. 161.
16. Leo D. D. Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. Psychol. Rep. 1989; 64(1): 51 – 4.
17. Llorca P. M., Spadone C., Sol O., Danniau A., Bougerol T. et al. Efficacy and safety of Hydroxyzine in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder; A 3-month Double- Blind study. J. Clin Psychiatry. 2002; 63:1020 – 1027.
18. Yarkova M. A. Anxiolytic properties of afobazol in comparizin with diazepam. European Neuropsychopharmacology, Moscow, 2005; S. 145.
19. Zhanataev A. K., Bosych E. A. Anxiolytic afobazole defends the genom from adverse action of chemical mutagens. European Neuropsychopharmacology, Moscow, 2005; S. 153.

15-я международная конференция

ФИЛОСОФИЯ И ПСИХИАТРИЯ

5 – 7 июля 2012 г., Дунедин, Новая Зеландия

ПЯТАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ШИЗОФРЕНИИ

21 – 23 сентября 2012 г., Ченнай, Индия

www.icons-scarf.org

РЕКОМЕНДУЕМ

RELIGION AND PSYCHIATRY

Peter Verhagen, Herman M. Van Praag, Juan Jose Lopez-Ibor, Jr.,
John Cox, Driss Moussaoui

March 2010. Hardcover, 680 pages
Wiley-Blackwell: 9780470694718

£128/€165/\$210

www.wiley.com

Патологическая склонность к азартным играм

Часть 2¹

Д. А. Автономов²

Представлены результаты исследования мотивов поведения, клинической картины, психопатологических феноменов и субъективного опыта у 103 пациентов, страдающих от патологической склонности к азартным играм (F63.0). Прояснено функциональное значение игр и их привлекательность с точки зрения индивидуума. Выявлены особенности клинической картины, поведенческих (игровых) паттернов. Приведено феноменологическое описание патологической склонности к азартным играм. Описана феноменология психических переживаний у пациентов — игроков на разных этапах игровой зависимости.

Ключевые слова: патологическая склонность к азартным играм, клиническая картина, феноменология психических переживаний.

Введение. В первой части статьи нами были представлены результаты исследования мотивов и мотивации у 103 пациентов страдающих от патологической склонности к азартным играм (F63.0). На основе сообщений, сделанных игроками во время интервью и заполнения анкеты, мы выявили три вида игровой мотивации на разных этапах участия в азартных играх. Инициальная мотивация определена как: “Играю из любопытства, ради развлечения и престижа”. Мотивация, закрепляющая и поддерживающая дальнейшее участие пациентов в азартных играх, определена как: “Играю ради выигрыша и азарта”. Мотивы, из-за которых пациенты продолжают участвовать в азартных играх, несмотря на очевидные вредные последствия и проблемы были определены как: “Играю, чтобы отыграться и снять напряжение”.

Функция игры и привлекательность азартных игр с точки зрения индивидуума

Игра — это универсальное и спонтанное поведение ребенка. Согласно Дональду Винникотту функциональное значение игры у детей заключается в том что [16]:

- Дети играют ради удовольствия.
- Дети играют, чтобы выразить агрессивность.
- Дети играют, чтобы преодолеть тревогу.
- Дети играют, чтобы расширить опыт.
- Дети играют, чтобы установить социальные связи.
- Дети играют, чтобы интегрировать личность.
- Дети играют, чтобы общаться.

Классическая работа нидерландского историка и культуролога Йохана Хейзинга “Homo ludens” (Человек играющий) была посвящена анализу всеобъемлющей сущности феномена игры и универсальному значению ее в человеческой цивилизации. Он определил

формальные признаки, свойственные тому роду деятельности, который мы именуем игрою. Резюмируя, Й. Хейзинга пишет: “Суммируя, мы можем назвать игру, с точки зрения формы, некоей свободной деятельностью, которая осознается как “ненастоящая”, не связанная с обыденной жизнью и тем не менее могущая полностью захватить играющего; которая не обуславливается никакими ближайшими материальными интересами или доставляемой пользой; которая протекает в особо отведенном пространстве и времени, упорядоченно и в соответствии с определенными правилами и вызывает к жизни общественные объединения, стремящиеся окружать себя тайной или подчеркивать свою необычность по отношению к прочему миру своеобразной одеждой и обликом” [11].

G. Mead (1934) полагал, что игра — универсальная парадигма социальной ситуации. Он ввел понятие “социальной роли” и рассматривал человека как разновидность животного — играющего роли, способного к символизации и лингвистической коммуникации [15]. Играть — значит, следовать правилам игры и принимать роли. Процесс игры предполагает, что каждый игрок следует правилам и способен взять на себя роль (роли) других игроков. Все это имеет исключительное значение для социального развития человеческого существа.

В каком-то смысле игра сама по себе является регрессивной практикой, возвращением в детство. Как мы указывали раньше (Д. А. Автономов 2009) азартные игры в казино способствуют регрессии [2, 3]. Регрессия представляет собой отход от более развитых и зрелых стадий психической организации к способам деятельности, характерным для более ранних периодов жизни.

Увлечение людей азартными играми не остается постоянным на протяжении времени, а характеризуется сильными спадами и подъемами. В нашем недавнем прошлом единственными легальными азартными играми были розыгрыши государственной денежно-вещевой лотереи и Спортлото. Но, несмотря на это всевозможные карточные игры на деньги, например,

¹ Часть 1-я НПЖ. 2011. 3.

² Наркологический диспансер № 12 УЗ ЮЗОАО г. Москвы.

на курортах были весьма распространены и носили нелегальный, а зачастую и вовсе криминальный характер. Страсть к азартной игре, к риску у некоторых людей в крови, и они, несмотря на все запреты и общественное давление, находили возможность играть.

В современном обществе азартные игры являются хорошо организованными формами проведения свободного времени. Азартная игра — это, прежде всего, высоко рискованная деятельность, предполагающая наличие ставки на то, что произойдет событие, результат которого не определен. Азартная игра регулируется правилами, согласно которым ценности, поставленные на кон (обычно деньги), могут быть перераспределены между участниками. Играющий, рискуя, может, как потерять свою ставку, так и выиграть и приумножить поставленное. Игра это деятельность, которая всегда выявляет победителя и побежденного. Азартная игра на деньги является привлекательной в глазах взрослого играющего в виду того что:

1. Играя, субъект, не прикладывая больших усилий, просто и легко может выиграть деньги, не затрачивая на это силы и не трудясь, к тому же, получая от этого удовольствие.

2. Игра — это свободная деятельность, в ней нет принуждения. Человек свободен выбирать где, сколько, когда, во что и по каким ставкам играть, когда остановиться и выйти из игры.

3. Игра — это деятельность, благодаря участию в которой, человек уходит от повседневной рутинированной жизни с ее хлопотами и переключает свое внимание, отвлекаясь от забот и проблем.

4. Игра — это деятельность, благодаря которой, играющий может изменить настроение, снять напряжение или наоборот испытать возбуждение и приятное волнение.

5. Игра является состязанием, проверкой сил, концентрируясь на акте игры, игрок сражается с противником, которого сам вызвал на бой, тренируясь в настойчивости, проницательности и расчетливости.

6. Игра является вызовом Фортуны, Судьбе и, делая ставки, игрок “принуждает” ее дать ответ: она за него или против него.

7. Рискуя в обстоятельствах игровой неопределенности, игрок тренируется в своей способности предсказывать будущее, развивая свои способности, воображение и интуицию. В игре чередуются напряжение и расслабление, страстное ожидание ответа, триумф победы или горечь поражения.

8. Играя, человек думает, что развивает в себе какие-то особые умения и качества, которые ценны не только в игровом зале, но и за его пределами. Такие как, например, способность быстро принимать решение, настойчивость в достижении своей цели, высокая концентрация внимания и работоспособность.

9. Игра также является церемонией, времяпровождением и особым ритуалом, а всякий ритуал успокаивает.

10. Играя, игрок подражает другим игрокам, ощущая тем самым свою особую принадлежность и избранность.

11. Игрок — это не просто человек, играющий в определенные виды игр. Участие в играх способствует формированию/расширению идентичности Я (“Я — Игрок”). Игрок — это носитель определенной философии, мировоззрения, отношения к жизни, деньгам, успеху и судьбе. В игре игрок обретает смысл существования, реализует себя и раскрывает свой потенциал.

Игрок в казино не просто пассивный наблюдатель (как например, в кино или театре) — он активный участник и главный герой тщательно организованного действия. Казино, игровой клуб — это место где происходит “мягкое” отклонение от социальных норм, временное освобождение от “недомогания от культуры” (“недовольства культурой” в русском переводе) согласно З. Фрейду [9]. Как мы указывали раньше: “Казино — это современный, постоянно функционирующий карнавал” [2].

Клиническая картина и феноменология психических переживаний у пациентов, зависимых от азартных игр

На основании полученных от пациентов анамнестических сведений, используя феноменологический подход, мы приведем описание патологической склонности к азартным играм на разных этапах приобщения (в динамике). Феноменология согласно Ч. Райкрофту — это изучение опыта. Феноменологические исследования:

1) ограничиваются пределами опыта, рассматриваемого в границах сознания...

2) формулируют свои данные с точки зрения субъекта [7].

Предметом феноменологического метода является (в частности) психопатологический феномен. В данной работе мы попытаемся вычлени взаимосвязи симптомов в целостной структуре синдрома (феномена) игровой зависимости; реконструировать внутренний мир игрока, помня о том, что психопатологический феномен — это качественно новое (иное) явление сознания, интрасубъективное переживание. Мы попробуем постигнуть внутреннюю структуру синдрома с помощью непосредственного “схватывания” и эмпатического сопереживания и покажем, как на основе “первичных” симптомов, формируются “вторичные”, выявим так называемые “понятные связи”. То есть, используя философские и психологические конструкты, мы попытаемся прояснить внутреннюю структуру синдрома игровой зависимости — собственно психопатологию. Феноменологический

метод может реализоваться только в свободном пространстве диалога. Самораскрытие пациента, активное слушание и вопрошание, вчувствование и “обратная связь” — залог непосредственного усмотрения и “схватывания” феноменов специалистом [12]. В процессе феноменологического исследования мы неоднократно прибегали к феноменологическому *epoché* — вынося за скобки все имеющиеся у нас знания и допущения о пациентах, игровой зависимости и т.д. Опыт подобных “приостановок”, “задержек” и деконструкций способствовал открытости восприятия нового.

Разумеется, данные, приводимые в данном исследовании, являются обобщенными описаниями, полученными в результате интервьюирования пациентов, обратившихся самостоятельно за амбулаторной помощью, они не могут быть некритично экстраполированы на все случаи игровой зависимости.

Клинические проявления патологического гемблинга Custer R. L. (1984) описал постадийно [13]. Он выделял: стадию выигрышей, стадию проигрышей, стадию отчаяния. *Стадия выигрыша* характеризуется эпизодической игрой, частыми выигрышами, фантазиями о новой игре, более частой игрой и более крупными выигрышами, тенденцией повышать ставки, усилением фантазий об игре и необоснованным оптимизмом. *Стадия проигрышей* характеризуется интенсивной игрой чаще в одиночестве, хвастовством выигрышами, фиксацией на игре, крупными проигрышами, желанием отыграть и невозможностью остановиться, начав играть. Лавинообразно нарастает ложь, скрытность, избегание, уменьшение внимания уделяемого семье, работе, друзьям. Появляются крупные долги, депрессия, вспышки ярости, импульсивность и безрезультатные попытки бросить играть. *Стадия отчаяния* характеризуется потерей профессиональной и личной мотивации, происходит окончательная потеря контроля над игрой, деньгами и временем. Игра происходит по максимальным ставкам, игрок совершает криминальные действия для финансирования игры. Наступает окончательная изоляция от семьи и друзей, развод, арест, раскаяние, преследующие чувство вины и стыда. Нарастает ощущение безнадежности, отчаяние, суицидальные мысли, алкоголизация и изоляция.

По мнению Custer R. L. патологическая склонность к участию в азартных играх носит прогрессивный характер — одна стадия последовательно сменяет другую.

Мотивация: “Играю из любопытства, ради развлечения и престижа”.
Характер и феноменология игрового поведения пациентов

Изначально азартная игра на деньги представляется пациентами как свободная от принуждения и кон-

троля деятельность, осуществляемая на так называемые “свободные деньги” в свободное время и обычно за компанию с другими игроками. Так называемые “свободные деньги” — это своеобразный излишек, сумма которой недостаточно велика, чтобы купить на нее что-то нужное или ценное, но и недостаточно мала, чтобы с ней было совершенно безболезненно расстаться. Цель игры декларировалась самими пациентами как развлечение, времяпровождение, получение приятного возбуждения от риска, переключение внимания, отвлечение от повседневной рутины и погружение в новый для них мир игры, игровых фантазий. Характерно загадывание игровых комбинаций, попытка их предвосхитить, предсказать появление выигрыша, тренировка интуиции и развитие “шестого чувства” столь важного для каждого игрока.

Начало игровой карьеры связано с идеями о том, как обыграть казино и на выигранные деньги вести соответствующий образ жизни. Это зачастую удается сделать в самом начале, когда финансовые запросы, размеры ставок являются достаточно скромными, а выигрыши регулярными из-за того, что игрок осторожен, внимателен, избегает чрезмерного риска и придерживается простой стратегии — после получения выигрыша он останавливается и немедленно выходит из игры.

Помимо прочих сведений мы выявили — *представление игроков об “идеальной (хорошей) игре”.* Игра как театральная пьеса имеет завязку, развитие, кульминацию и завершение. Игра должна продолжаться достаточное время. Представление, какое время является “достаточным”, у каждого игрока свое, к тому же оно меняется по мере развития вовлеченности в игру (с явной тенденцией к увеличению). Очень важно, чтобы игрока в процессе игры никто не отвлекал и зачастую, пациенты отключают свой мобильный телефон. Время, затраченное на игру, не должно быть слишком коротким, так как короткая игра не вызывает у игрока чувства “насыщения” и переживается как нечто прерванное и незавершенное. Но она не должна быть и слишком продолжительной, чтобы не вызвать переутомление и неприятную гиперстимуляцию вплоть до ощущения тошноты и чувства отвращения. Чаще всего пациенты называли оптимальным для себя время игры от 1,5 до 4 часов.

Представление пациентов об “идеальном (хорошем) игровом процессе”. Фоном выступает особое игровое предчувствие, вера в хороший день, примету и т.д. Игра, часто выступает в качестве “награды”, за удачно осуществленную сделку или успешное преодоление трудностей на работе. Обычно, это игра на фоне хорошего настроения, которое хочется пролонгировать и/или усилить. Престижность игрового заведения и доброжелательное, уважительное отношение персонала имеет также очень большое значение. Процесс игры должен быть увлекательным и захватывающим игрока. Однообразие в игре очень утомляет и

раздражает. Играя, игрок переживает то взлеты, то падения: небольшие выигрыши хаотически чередуются с проигрышами. Проигрыши в свою очередь усиливают желание выиграть, несмотря ни на что. Проигрывая, игрок чувствует азарт, риск, волнение и начинает увеличивать ставки, чтобы одним удачным ходом компенсировать предшествующий проигрыш. Напряжение нарастает ближе к финалу игры, когда приближается решающая игровая схватка, которая должна выявить победителя и побежденного. Если в ней проигрывающий до этого игрок принимает решение и ставит все, что у него есть и выигрывает — возвращая назад себе ту сумму, с которой он начал играть и к которой приплюсовывается сумма выигрыша — он переживает настоящий триумф и восторг. У игрока возникает финальное чувство удачного завершения, удовлетворения, радости, уверенности в себе, в своих силах и способностях. У него появляется оптимистический взгляд на будущее, оживляются влечения (преимущественно сексуальные и пищевые). Подобная игра и соответствующее ей эмоциональное состояние надолго, если не навсегда, запечатлится у него в сознании, становясь приятным воспоминанием. И более того, такая игра воспринимается игроком как модель позитивного опыта преодоления жизненных трудностей и затруднений.

Увлекаясь самим процессом и реализуя на практике феномен “сдвига мотива на цель”, игрок начинает постепенно проигрывать больше, чем он выигрывает. Парадоксально, но при этом он начинает считать, что он играет все лучше и лучше раз от раза ввиду того, что игровой процесс из-за многократного повторения становится все более и более произвольным. А при повышении размера ставки растет и сумма возможного выигрыша. Черда выигрышей убеждает игрока в его возросшем “мастерстве” и/или особой “везучести”, что само по себе не способствует самоконтролю и осторожности.

Подобное отношение к игре характерно для начальных этапов включения в игру и соотносится с относительным финансовым благополучием игрока. Однако постепенно к восприятию игроком игры как развлекательного процесса присоединяется качественно иное восприятие игры.

***Мотивация: “Играю ради выигрыша и азарта”.
Характер и феноменология
игрового поведения пациентов***

Игра начинает восприниматься игроками как способ заработка. Методом, посредством которого они хотят решить свои финансовые проблемы, не трудясь и за короткий промежуток времени. Игрок смотрит на азартную игру как на средство и относится к игровому процессу (по крайней мере, на начальном этапе планирования и собственно игры) сугубо прагматично. Цель игры определяется им заранее конкретной суммой запланированного выигрыша. Игрок полага-

ет, что, выиграв эту определенную заранее сумму денег, он остановится, заберет выигрыш и распорядится им так, как запланировал раньше.

Переломным моментом в игровой карьере по свидетельству многих проинтервьюированных нами игроков является первая “удачная” игра на чужие деньги. После этого игрок уже систематически начинает играть не на свои деньги, а на деньги, взятые им без спросу, тайно, у третьих лиц, на работе, реже дома. Обычно, присвоив себе чужие деньги, игрок вовсе не считает, что совершает нечто противозаконное или поступает против своей совести. Совесть позволяет игроку почти все. **Игрок не воспринимает свои действия как антисоциальные (криминальные), он не считает, что совершает кражу или акт воровства.** Взяв чужие деньги, игрок рационализирует свое поведение чистотой мотивов. Он искренне считает, что он берет деньги только на время, причем на очень короткий срок. Выиграв нужную ему сумму, он совершенно искренне собирается эти деньги вернуть, положив их на место до тех пор, пока их пропаяжу не успели обнаружить те, кому они принадлежат.

Если эти деньги взяты легально у частного кредитора или как банковский заем, то зачастую сам процесс их получения проходит в большой спешке. Игрок подписывает бумаги, практически их не читая, соглашаясь на самые большие проценты и неразумные условия. Он не собирается выплачивать взятую сумму постепенно, а напротив намерен, “*провернув*” деньги в казино или зале игровых автоматов, вернуть кредитору все одним разом. Другие варианты выплаты долга им зачастую просто не рассматриваются. Мысли о возможном проигрыше этих денег (даже имея уже такой опыт) игрок даже не допускает в свое сознание.

Игрок планирует игровую стратегию, загадывает сумму выигрыша, выиграв которую, он планирует остановиться, взять деньги и уйти. Начав играть, игрок сталкивается с игровой неопределенностью. Наши пациенты описывали подобную ситуацию следующим образом. Согласно первому сценарию, игрок играет короткое время (гораздо меньше, чем он предполагал) и достигает поставленной перед собой цели, а именно определенной суммы выигрыша. Тут игрок сталкивается с дилеммой — формальная, заявленная им самим цель игры осуществлена — нужная сумма денег уже выиграна. Согласно своему плану, ему нужно остановиться, взять причитающиеся деньги и покинуть игорное заведение. Вернуть взятые тайно и без спросу деньги, отдать, погасить взятый кредит и т.д. Однако игорная страсть зачастую берет свое, и игрок, вместо того чтобы покинуть казино, решает, что сегодня “его день” и продолжает играть. Иногда, даже покинув заведение, игрок к большому удивлению его друзей едет не домой или на работу, а в другое игорное заведение. Результат подобной политики вполне предсказуем — ранее выигранные деньги постепенно проигрываются.

Согласно второму сценарию игрока, игра протекает в “обычном” темпе. Небольшие выигрыши сменяются небольшими проигрышами. Такую ситуацию игроки называли — “толканием на одном месте”. Такая игра вскоре начинает утомлять играющего, так как её результат несколько не приближает его (игрока) к запланированной сумме выигрыша. Зачастую, игрок пытается менять виды игр, переходя с игровых автоматов к рулетке или картам. Он может покинуть это заведение и поехать играть в другое. В конце концов, он пытается переломить ситуацию, увеличивая размер ставки до максимальной, надеясь на везение или собственные способности. Подобная тактика часто приводит к обратному от запланированного результата (так как в любой игре у казино есть преимущество), а именно проигрышу всех имеющихся у игрока денег. Этот проигрыш зачастую принимается безропотно из-за чувства вины. Игрок переживает опустошение, тревогу, раскаяние, досаду и страх за последствия своего поведения.

Помимо тревожных, депрессивных и ипохондрических жалоб пациенты сообщали нам, что иногда после интенсивной игры у них возникали трудно классифицируемые визуальные феномены. Они в основном представляли собой “виденья” картинок, имеющих отношение к конкретной азартной игре, в которую в свою очередь только что закончил играть пациент. Подобные встающие перед глазами образы, являются относительно устойчивыми и воспринимаются пациентами как вторгающиеся, отвлекающие внимание, мешающие сосредоточению и нарушающее их функционирование. Данный феномен у патологических азартных игроков в автоматы был впервые описан нами (Автономов Д. А. 2008 г.) как особая форма зрительного галлюциноза [1].

После проигрыша игрок дает себе слово “прекратить играть”, “окончательно завязать” и т.д. Раскаянье продолжается, как правило, недолго и через короткое время суждения о своей вине сменяются лихорадочными идеями о том, где взять деньги. Как выкрутиться из сложившейся ситуации и как объяснить недостаток. Игрок становится высоко мотивированным, чтобы преодолеть препятствия, изобретая зачастую самые оригинальные схемы и способы решения финансовых проблем, причем не всегда законным способом.

Азартная игра с ее не поддающимися контролю колебаниями между проигрышами и выигрышами представляет собой почти при любом раскладе “незавершенную ситуацию” (незавершенный гештальт). Это вынуждает игрока пассивно ждать или действительно крупный долгожданный выигрыш, или окончательный проигрыш, который означает для него конец игры. Очевидно, что вероятность развития событий по последнему сценарию является более высокой. Причем некоторые игроки подобный финал встречают с ощущением “облегчения”, как будто только проигрыш делает их свободными.

Проигрыши усугубляются, а выигрыши по-прежнему регулярные и временами весьма крупные, **игроку становится жалко тратить на “не игровые” цели**. Выиграв, игрок начинает думать о том, что если поставить эти выигранные деньги на кон, то можно их приумножить в разы. А тогда уж и начнется та самая жизнь, о которой он мечтает. Подобная тактика постепенно приводит к тому, что все выигранные деньги тут же проигрываются — или сразу после выигрыша, или в ближайшее несколько дней.

Постепенно и часто незаметно для себя самого, игрок начинает работать на казино, то есть, желая выиграть и **уйти** из казино с полными карманами денег, он парадоксально начинает **приходить** туда с карманами, полными денег, и уходит ни с чем. Его финансовое благополучие начинает рушиться, что заставляет его искать дополнительные способы финансирования, носящие зачастую сомнительный, опасный, рискованный, а ближе к финалу откровенно преступный характер. Игра становится все более интенсивной с точки зрения выделенных сумм, размеров разовых ставок и продолжительности одного игрового эпизода.

Шандор Радо (1926), исследуя аддикции, описал желание субъекта непосредственно получить опьяняющий эффект — “фармакоксический оргазм” — удовольствие, моделью которого является оргазм сексуальный. Искусственный “фармакоксический оргазм” вступает в соперничество с естественной формой сексуального удовлетворения и имеет для переживающего его индивидуума преимущество в сравнении с удовольствием эротическим [6]. Азартная игра становится формой и источником получения парадоксального наслаждения.

По мере прогрессирования вовлеченности в игры, в игроках постепенно пробуждается магический способ мышления, главной характеристикой которого является то, что, как и в психозе, субъект находится в самом центре. Все и вся воспринимается им как имеющее значение и смысл. Случайность отменяется, границы стираются, субъект всемогущ и одной только силой мысли, своей интуицией он может влиять на события. Теперь у игрока на все находятся свои объяснения, если дела идут не так — *то это происходит, потому что...* Игрок оказывается в таинственном и загадочном манихейском мире, наполненном плохими и хорошими, злыми и добрыми силами, знаками и приметами, где загаданные желания исполняются, а предвиденье и интуиция решает все. Он начинает, как обсессивный невротик практиковать ритуалы, чтобы беда (проигрыш) прошла стороной и проводить ритуалы, чтобы привлечь удачу.

Игроки становятся суеверными, у них появляются талисманы “на удачу”. Зачастую это предметы ассоциативно связанные с игрой, игровыми клубами, казино — фишки, брелки, зажигалки с соответствующей символикой, символические изображения доллара США или Евро. Фетишем часто становится нечто, купленное на выигрыш. Подобная вещь —

обычно дорогая (импульсивно приобретенная) бездельца, одним своим видом, как выразился один наш пациент: “Доказывает, что выигрыши все-таки возможны!” Одежда, в которой игрок крупно выиграл, иногда фетишизируется. Так еще у одного из наших пациентов — молодого человека с высшим образованием, руководителя направления в крупной компании и отнюдь не психотика, были “*Волшебные штаны*”. В этих “*Волшебных штанах*” он три раза выиграл в казино престижный автомобиль иностранного производства.

Обычно игроки категоризируют свои талисманы, подразделяя их на разные группы (виды). Например, одни талисманы предназначены для карточных игр, другие “*приносят удачу*” при игре в рулетку, а третьи “*помогают*” вовремя остановиться. У многих игроков, из тех которых мы опрашивали, есть повседневные талисманы. Их пациенты всегда носят с собой, и есть “*особенные талисманы*”, которые хранятся отдельно, зачастую их укрывают от посторонних глаз (своеобразные тотемы). Ими пациенты пользуются в особых, торжественных случаях, тогда, когда ставки в игре по-настоящему высоки или игра очень ответственна и важна для субъекта. Если такой талисман оказался “*неэффективен*”, “*не помог*” — его ждет судьба тотема, который не оправдал ожиданий (не защитил от беды). Игрок в гневе и ярости разрушает его, несмотря на то, что иногда такая вещь имеет реальную материальную стоимость и за нее можно выручить деньги.

В жизни игрока ложь начинает занимать все большее место. Игроки лгут дома, лгут друзьям, коллегам и партнерам, постепенно начиная путаться в том, что и кому они рассказали. Из-за этого с ними начинают происходить самые неприятные истории, когда их ложь раскрывается. Игрокам приходится выкручиваться, идя зачастую на новый обман, в результате таких действий их личная, профессиональная и деловая репутация ухудшается (снижается), а недоверие прогрессивно нарастает.

Поразительно, но члены семьи игрока иногда последними узнают о проблемах и о непосредственных причинах их появления. Зачастую игрок играет на протяжении нескольких лет и даже десятилетий, а ближайшие члены его семьи ни о чем не догадываются (или делают вид, что ни о чем не догадываются?). Дело не только в том, что в процессе формирования игровой зависимости игрок становится виртуозом обмана, всякий раз придумывая все более изощренные объяснения и оправдания своих задержек, таинственных исчезновений, хронического отсутствия денег, непонятно откуда взявшихся долгов или срочной нужды в средствах, чтобы экстренно решить какую-либо проблему.

Томас Сас, анализируя случаи хронического вранья в супружеских отношениях, писал: “...Ясно, что этот механизм, если он приемлем для обеих сторон, обеспечивает довольно большую меру дешево заработанной безопасности для них. Как достигается эта

безопасность? Суть дела заключается в метакоммуникативных значениях лжи и ее принятия. **Передавая ложь, лжец информирует своего партнера, что он его боится и хочет доставить ему удовольствие.** Это предполагает, что последний имеет власть над первым и, соответственно, не должен опасаться потерять его. **И наоборот, человек, который примиряется с ложью, тем самым информирует лжеца, что у него тоже есть сильная потребность в их взаимоотношениях.**² Принимая взятку в форме лести или явного подхалимства, сопряженного с ложью, реципиент лжи, в конечном счете, заявляет, что он желает принять это за правду. Следовательно, и лжец получает подтверждение того, что ему нет нужды бояться утраты своего объекта. Таким образом, обе стороны приобретают некоторую долю — часто очень большую долю — безопасности” [8].

Мотивация: “Играю, чтобы отыгаться и снять напряжение”.

Характер и феноменология игрового поведения пациентов

После череды проигрышей у игрока появляются мысли о том, что пора бы взять игру под контроль и даже вообще перестать играть, но мысль о проигранных суммах нейтрализует это намерение. Игра приобретает характер соревнования, имя которому — “**Погоня за проигранными деньгами**”. **Чем больше игрок проигрывает, тем в большую ярость он впадает.** Мысли об “*оставленных*” в игровых залах и казино деньгах не дают покоя ни днем ни ночью. Размышления о том, как бы сейчас ему помогли те деньги, которые он проиграл накануне, — не дают ему уснуть.

Решимость прекратить играть подкрепляется идеей о том, что нужно раз и навсегда “*отыгаться*”, то есть “*вернуть назад ВСЕ ранее проигранные деньги*”. Таким образом, игрок хоронит свою первоначальную идею о том, что он обыграет казино и будет преспокойно жить на выигрыши.

Игроки начинают воспринимать свои проигрыши как денежные суммы, которые казино, игровой клуб или конкретный игровой автомат **ему (ей) персонально должен**. Одна наша пациентка после совершения суицидальной попытки из-за проигрыша, которая чуть не закончилась для нее летально, вскоре, как ни в чем не бывало, преспокойно вернулась к игре. Свое поведение она мотивировала тем, что ей — “*Нужно забрать назад свои деньги, отнятые у нее игровыми автоматами!*” Свое поведение еще одна пациентка мотивировала (рационализируя тем самым свою страсть к игре) своим благородством и чистой мотивов. “*Я пришла забрать свои деньги. Мне чужие деньги не нужны! Я только возьму свои деньги и уйду!*” Этим пациенткам (а они не психотичны) даже в

² Выделено нами — Д. А.

голову не пришла такая простая мысль, что деньги у них никто не отнимал, а они их просто проиграли, и что эти суммы давно выиграл кто-то другой или они были инкассированы и пошли на выплату заработной платы, аренды и прочих расходов игорного заведения.

Далее развивается следующая часть драмы — бесконечная, отчаянная погоня за миражом. Отыграть проигранное никак не удается, все большие деньги проигрываются и заносятся им в регистр *“отыграться”*. А выигрыши уже проблему не решают, так как сумма проигранных денег за некий промежуток времени (а обычно это годы) значительно превосходит сумму, которую возможно выиграть за один раз.

К этому времени игрок уже твердо выучил *“Золотое правило казино”* — для того, чтобы выиграть деньги — нужно иметь деньги. И чтобы выиграть много денег, надо много *“вложить”* в игру, что в свою очередь чревато их проигрышем. Вот такова алхимия казино. Чтобы получить золото, нужно иметь немного настоящего золота. И это *“золото”* игрок носит в казино, надеясь на то, что там при помощи *“философского камня”* он его приумножит.

Постепенно игрок начинает понимать, что он проиграл уже столько, что уже не сможет столько выиграть. Чудо не произойдет. Чтобы вернуть назад **все** ранее проигранные суммы нужно подряд выиграть **энное** количество раз. А это, как подсказывает его опыт, невозможно, так как выигрыши, неизбежно и в хаотическом порядке сочетаются с проигрышами.

Цель, поставленная им пред самим собой, недостижима и зачастую, проделав своеобразную *“работу горя”*, игрок принимает решение *“расстаться”* с некой суммой, великодушно *“подарив”* ее казино. Он ставит перед собой новую цель, которая кажется ему более реалистичной и достижимой. Например, он решает, что он вернет не всю сумму, а например, только две трети от ранее проигранного им. Обычно после принятия подобного решения игрок чувствует радость и уверенность в себе и своих силах; так, как будто он увидел свет в конце туннеля.

Игрок с оптимизмом включается в реализацию этой новой менее перфекционистской и амбициозной задачи. К сожалению, обычно его планам не удается сбыться. Продолжая играть, он по-прежнему проигрывает свои заработанные тяжелым трудом деньги, а выигранные суммы зачастую уходят на продолжение игры.

Через некоторое время игроку становится ясно, что и две трети от проигранного в прошлом никак не удастся отыграть. Игрок принимает новое решение — он великодушно *“дарит”*, *“жертвует”* казино свои уже давно им проигранные (и уже давно отсутствующие) пятьдесят процентов от оставленных там денег.

Таким образом, игрок совершает символический акт жертвоприношения. Он решает *“не забирать назад”* проигранные им ранее суммы (как будто он может это сделать!). С его точки зрения это очень благородный поступок. В этом акте *“жертвоприношения”*

мы можем увидеть, как в процессе игры и формирования патологической зависимости постепенно происходит все большее отделение (расщепление) психической реальности пациента от реальности объективной. Игрок перестает жить в реальном мире, он (реальный мир) для него постепенно превращается в арену для заработка и решения всевозможных неприятных и зачастую болезненных проблем. Настоящая, подлинная жизнь для патологического игрока находится внутри и связана с его фантазиями, планами и намерениями вокруг выигрышей, игр и обстоятельств с ними ассоциируемых.

Идея жертвы, в общем-то, проста. В самом банальном варианте **индивид предлагает Большому Другому нечто ценное из того, что он имеет, в надежде получить от него взамен нечто большее и существенное.**

На этом уровне идея жертвы элементарна — **чтобы получить большие деньги (большой выигрыш, крупный куш) потом, нужно сейчас** пожертвовать малым, ибо люди склонны ради будущего большого наслаждения отказываться от наслаждения немедленно, но скромного.

Тут как будто срабатывает гипотетический, фрейдовский *“Принцип Реальности”*, который выступает как залог *“гарантированного”* полного удовлетворения *“завтра”*, ценою отказа от немедленного частичного удовольствия здесь и сейчас (*Принцип Удовольствия*). **Игрок, проигрывая деньги в казино, с точки зрения своей психической реальности их вовсе не проигрывает!** Он просто *“одалживает”* их казино на время. Многие игроки в частных беседах сообщали нам, что они воспринимали (и продолжают воспринимать!) свои проигрыши не как невосполнимые (невозвратные) потери, а как **инвестиции**. Казино в их глазах постепенно (по мере *“накопления”* проигрышей) превращается в инвестиционный фонд или банк, где они надежно хранят свои капиталы, которые, без сомнения, в один прекрасный момент они смогут забрать и потратить на то, что им заблагорассудится. С точки зрения элементарного здравого смысла подобные рассуждения (убеждения) являются полным абсурдом. Но для игрока, в его психической реальности дела обстоят именно так. **С каждым проигрышем игрок *“зарабатывает”* себе *“право на будущий выигрыш”*. Игрок после проигрыша не считает себя обедневшим!** Именно эта поразительная оптимистичная убежденность (уверенность) сбивает с толку специалистов, пытающихся оказать зависимым от игры помощь. Они (пациенты) непроницаемы для критики, их не интересуют факты, ведь их психическая реальность убеждает их в обратном. **Чем больше они проигрывают, тем более состоятельными и богатыми Господами они себя чувствуют!**

После проигрыша игроки зачастую начинают рационализировать свое поведение, мотивы и рассуждать как Алексей Иванович — главный герой самого *“автобиографического”* произведения Ф. М. Достоевского *“Игрок”*:

“Я даже вам признаюсь, что вы меня теперь навели на вопрос: почему именно мой сегодняшний, бестолковый и безобразный проигрыш не оставил во мне никакого сомнения? Я все-таки вполне уверен, что чуть только я начну играть для себя, то выиграю непременно.

— Почему же вы так наверно убеждены?

— Если хотите, — не знаю. Я знаю только, что мне *надо* выиграть, что это тоже единственный мой исход. Ну, вот потому, может быть, мне и кажется, что я непременно должен выиграть” [4].

“...У меня было шестнадцать фридрихсдоров, а там... там, может быть, богатство! Странное дело, я еще не выиграл, но поступаю, чувствую и мыслю, как богач, и не могу представить себя иначе” [4].

Один наш пациент на вопрос: “Почему Вы начали играть в азартные игры?” ответил нам — “*Потому что я хотел стать Королем Мира!*” А на вопрос: “Почему Вы продолжаете играть?” он сказал — “*Потому что все еще хочу стать Королем Мира!*” К слову, данный пациент не был в маниакальном состоянии и говорил вполне искренне.

Приступая к игре, игрок уверяет себя в том, что выиграв, он возьмет выигрыш выйдет из игры, и больше делать ставки не будет. Но вскоре он уже думает о том, как выиграть хотя бы одну треть или даже десять процентов от проигранных ранее сумм. Апофеоз этой драмы таков: начиная играть, игрок надеется на то, что он сейчас отыграет то, что проиграл вчера. Вновь проигрывая, **он начинает мечтать о том, чтобы выиграть и вернуть назад те деньги, с которыми он пришел и уже проиграл только что** (сегодня). После проигрыша он переживает чувство вины, стыда, досады, упрекает себя, дает уроки о прекращении игры, которые быстро сменяются идеями о том как “*выкрутиться*” из сложившейся ситуации, где еще достать денег или как объяснить их отсутствие.

З. Фрейд рассматривал любовь в рамках метапсихологического подхода, с точки зрения психической экономии — как инвестицию либидо субъекта. Чем больше человек вкладывает в объект (в психоанализе под словом “объект” в большинстве случаев имеется в виду другой человек), тем больше и сильнее он его любит. Мы по настоящему любим тех, кому мы делаем хорошо. В каком-то смысле субъект любит не сам объект как таковой, а свои собственные в этот объект вложения. Поэтому потеря объекта (особенно острая и неожиданная) воспринимается индивидуумом не как внешняя, объективная потеря, а как потеря внутреннего. Потеря своего собственного “Я” ранее инвестированного в объект. В этом суть меланхолии. Меланхолик потерял собственное “Я”. Он чувствует, что он потерял не нечто реальное и материальное во внешнем мире, он потерял вместе с потерянным объектом самого себя (часть себя). Меланхолик переживает, что **не мир стал меньше**, а напротив, что **он стал меньше**. Потеряв то, что было для него ценно, он тем самым потерял свое “Я”. Как писал З. Фрейд “Тень объекта упала на Эго” [10]. Тень молчаливого

отсутствия склонилась над Эго субъекта. Это “черная меланхолия”, патологическое горе. З. Фрейд был первым, кто сравнил (и во многом противопоставил) депрессивные (меланхолические) состояния с нормальным переживанием горя. Мы полагаем, что для патологических игроков характерно так называемое “**маниакальное горе**”. Мы неоднократно замечали что, рассказывая о своих огромных проигрышах, крупных “*невозвратимых*” долгах и кредитах игроки говорили нам об этом с нескрываемой улыбкой на лице. Казалось, что они действуют по принципу “чем хуже — тем лучше”. Мы полагаем, что это не проявление мазохизма. Когда мы конфронтировали с ними и указывали им на то, что они говорят нам печальные и даже страшные вещи, но при этом улыбаются и выглядят довольными. Игроки в ответ на наши слова лишь ухмылялись и говорили нам что-то вроде того: “*ну что теперь плакать что ли*” или “*не стоит думать о печальном*”. Многие из них оптимистично настроены, полны надежд, уверены в скором решении всех своих проблем “*одним разом*”. Обычно под этим “*одним разом*” они имеют в виду скорый чудесный выигрыш или его эквивалент. Так, например, несколько незнакомых друг с другом игроков и в разное время, поделились с нами идентичной по своему содержанию, чрезвычайно банальной (архитипической?) фантазией в духе “нового времени” — о нахождении чемодана полного долларов. Один наш пациент заявил нам, что он: “*находиться в одном шаге от богатства*”. И что если мы поможем ему “*вовремя останавливаться в игре*”, то вскоре он погасит все свои долги (со слов больше 300 тысяч долларов США) и каждому психологу в благодарность за это купит по квартире в Москве.

Итак, вопреки расхожему мнению и нашим первоначальным представлениям, патологические азартные игроки, которые обращались к нам амбулаторно за помощью, зачастую клинически не выглядели депрессивно, они, напротив, излучали оптимизм, имели завышенную самооценку (правда крайне не устойчивую) и были полны надежд. При этом скрининговые опросники на выявление симптомов депрессии (в частности Опросник Бека) уверенно давали положительные результаты. Это заставило нас уделить больше внимания изучению природы такого неадекватного с точки зрения стороннего наблюдателя оптимизма. Как это ни парадоксально звучит, мы выяснили, что этот оптимизм зачастую опять-таки связан с идеей “жертвы” и инвестиций.

На этой более продвинутой стадии под “жертвоприношением” понимается не просто выгодный обмен небольших денег сейчас ради большого выигрыша (денег), но завтра (потом). **А то что проигрыш порождает в игроке поразительную по своей силе и живучести идею (иллюзию) о том, что этот Большой Другой (Дух казино, Душа игрового автомата и т.д.) действительно существует и является Реальным! Что Он принял жертву (вложение, инве-**

стицию), запомнил об этом сделанном вкладе, который только что внес игрок, и теперь непременно в будущем, в следующий раз, когда действительно будет очень нужно, Он все вернет игроку назад, да еще и с прибылью.

Игроки сообщали нам, что когда им действительно остро нужны были деньги, и их неоткуда было взять, они шли в казино с малой суммой на руках и действительно выигрывали столько, сколько им было нужно. Этот реальный опыт, особенно повторившийся несколько раз подряд, убеждал их в реальности их иллюзий. Они начисто забывали (вытесняли) факты проигрышей, и избирательно запоминали факты выигрышей, конкретные денежные суммы и призы, которые им достались.

С. Жижек писал: “Если выразить идею жертвенности... прибегнув к хайдеггеровской инверсии, она будет представлять собой следующее: высший смысл принесения жертвы — это принесение в жертву смысла как такового” [5]. Наше понимание “жертвоприношения”, которое совершил патологический игрок тождественно — **Игрок принес в жертву собственное здравомыслие**. Это и есть единственная истинная жертва. Он поменял здравомыслие (адекватное тестирование реальности) на приятную иллюзию всемогущего контроля.

Казино, игровой клуб, игровой автомат в сознании патологического игрока перестает быть просто местом, объектом или механической бесчувственной и “бесчеловечной” машиной, действующей на основании заложенной в него программы. А напротив теперь **игрок воспринимает её** (слот-машину, рулетку и т.д.) **как живого и реального партнера в мысленном и даже вербальном диалоге**. Неблагоприятный результат игры (проигрыш) воспринимается игроком отныне не как неразумная случайность, смоделированная электронной схемой генератора случайных чисел, а напротив как **Знак**, как **Ответ**, **Наказание**, **Предупреждение**. Случайный выигрыш воспринимается не как случайное везение, а как **Награда** и **Поощрение** за верность, преданность и настойчивость и т.д. **Проигрыш теперь воспринимается не как окончательная потеря денег** (зачастую заработанных большим трудом, опасным, а иногда противозаконным способом), **а как невербальное, но очень ясное послание “В другой раз тебе обязательно повезет!” “В следующий раз отыграешься!”**

Постепенно игра начинает определять образ жизни патологического игрока, который постепенно начинает сводиться к очень простой схеме: **игра — проигрыш — новый заем**. Игроки убеждены, что единственным решением проблем, возникших из-за азартной игры, является новая азартная игра. Таким образом, **поведение игрока безальтернативно — игра является** (кажется) **универсальным и единственным решением для всех имеющихся у игрока проблем**.

Отчаяние порождает надежду. Игроки начинают размышлять как Полина Александровна из романа “Игрок” Ф. М. Достоевского:

“Деньги взяты мною займы, и я хотела бы их отдать. У меня была безумная и странная мысль, что я непременно выиграю здесь, на игорном столе. Почему была эта мысль у меня — не понимаю, но я в нее верила. Кто знает, может быть, потому и верила, что у меня никакого другого шанса при выборе не оставалось” [4].

Ситуация прогрессивно ухудшается, долги нарастают как снежный ком, однако **подобное ухудшение игрок зачастую связывает не с самим фактом своего чрезмерного участия в играх, а с временным невезением**. По его убеждению подобное “невезение” вскоре **неминуемо должно будет смениться чередой крупных выигрышей, которые и покроют все издержки**. Свои проигрыши игроки рассматривают как приходящее и временное явление.

Как правило, когда у игрока за плечами несколько лет игрового стажа, игра приобретает практически ежедневный характер при сравнительно небольших ставках (ввиду ограниченных финансовых возможностей). **Игрок зачастую считает, что ему некуда больше идти кроме как в зал игровых автоматов**. Приходя в игровое заведение, игрок чувствует **покой и облегчение**, как будто он пришел к себе домой. Во время нахождения в игорном заведении, у патологического игрока возникает ощущение, которое М. Хайдеггер (1984) описал как “Домашнее”, “Родное” (*das Heimische*) — игрок оказывается в мире, где он чувствует себя комфортно и уютно. Реальность, до этого переживаемая с качеством “Зловещности”, “Жути” (*Unheimlichkeit*), преследования или пустоты уходит на задний план [14].

Свою ситуацию один пациент очень удачно назвал “*тихим отчаянием*”. Обычно, к подобной мотивации игрок приходит, имея за плечами долги, которые “*невозможно вернуть*”, крупные просроченные платежи и штрафные санкции за невыплаты по взятым ранее кредитам. Разрушенные отношения, потерю доверия, ухудшение профессиональных и деловых качеств.

Бремя финансового давления заставляет игрока заниматься “*жонглированием финансами*”. При появлении просрочек по платежам игроки платят тем кредиторам, которые оказывают на них наибольшее давление, лишь бы последние оставили их в покое. Чтобы заплатить по счетам в одном месте игрок вынужден брать заём в другом. Обслуживать свои долги и проценты по кредитам становится все труднее, часто, взяв деньги в очередной заём, игрок, вместо того, чтобы заплатить по счетам направляется напрямую в игорное заведение. А выигрыш, к сожалению, никогда не бывает достаточным, чтобы решить финансовую проблему. Игрок начинает “прятаться” в игровых заведениях от своих проблем. **Им постепенно перестает двигать мотивация риска, но напротив, появляется новая мотивация — мотивация спасения**

(избавления) от напряжения, тревоги, депрессии и чувства преследования. Только акт игры и факт нахождения в игровом зале или казино спасает игрока от мыслей о кредиторах, долгах и проблемах. Игроки зачастую описывают свое состояние как “*безнадёжное*” и “*критическое*”, однако подобные негативные суждения (восприятия) оставляют их, когда они оказываются в блистающей полумгле казино и/или игрового клуба. Азартная игра становится разновидностью (способом) самоуспокаивающегося поведения.

Ближе к финалу, постепенно игрок престаёт надеяться на выигрыш, понимая, что он ничего в его жизни не решает. У игры появляется новое качество — игрок начинает играть себе назло, чтобы доказать, что выиграть невозможно. Им начинает двигать желания самонаказания. Игроки начинают играть ради самой игры без цели выигрыша. В глубине души, смутно надеясь на то, что все скоро кончится. Справедливо полагая — “*что лучше ужасный конец, чем ужас без конца*”. Зачастую, такие игроки перестают заботиться о себе и своей безопасности. У них появляются мысли о желательности несчастного случая и/или самоубийства.

Так, по нашему мнению, выглядит клинико-феноменологическое описание игровой зависимости и феноменология психических переживаний у пациентов, страдающих от патологической склонности к азартным играм, на разных этапах приобщения к игре.

Заключение и выводы

В данной работе мы показали что игра — универсальная парадигма социальной ситуации. Восприятие игры как развлекательной деятельности по мере прогрессирования вовлеченности, помимо увеличения роста финансовых затрат на игру, учащения и удлинения игровых эпизодов (роста толерантности), сменилось восприятием азартной игры, как способа получения удовольствия и времяпровождения, посредством которого еще можно решить и все имеющиеся проблемы. В процессе формирования зависимости у пациентов азартная игра начинает восприниматься как универсальный ответ на любую проблему. После очередного проигрыша игрок раскаивается, зачастую принимая решение больше не играть. Однако, вскоре отменив собственное намерение, он пытается решить возникшие благодаря азартной игре проблемы посредством еще большей включенности в игру. Ближе к финалу игрок “прячется” от своей тревоги, ощущений преследования и депрессии в игровых заведениях, играя ради самой игры практически ежедневно. А его социальная активность сводится к поискам денежных средств — для продолжения финансирования своего участия в играх. В финальной стадии формирования зависимости от игры, игрок престаёт надеяться на выигрыш, понимая, что он ничего в его жизни не решает. Наступает прогрессирующее ухудшение межличностных отношений; нарастает недо-

вержение и социальная изоляция. Приходя в игровое заведение, игрок чувствует покой и облегчение, как будто он пришел к себе домой. Только акт игры и факт нахождения в игровом зале спасает игрока от мыслей о кредиторах, долгах и проблемах. Азартная игра становится способом самоуспокаивающего поведения. Игроки начинают играть ради самой игры без цели выигрыша. Ими начинает двигаться желание самонаказания и саморазрушения.

Полученные данные могут использоваться для оптимизации процесса психотерапии и мер социальной реабилитации пациентов. Знание специалиста о том, что именно побуждает пациента возвращаться к азартной игре, позволяет ему сфокусироваться и совместно с пациентом разработать уникальную стратегию совладания с проблемой (профилактика срыва).

Феноменологическое описание зависимости от игры и психических переживаний игрока позволит специалисту лучше понять мотивы пациентов, их ожидания и намерения, и окажет помощь в психотерапевтической и реабилитационной работе с данной категорией лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автономов Д. А. “Об особой форме зрительного “галлюциноза” у патологических азартных игроков”. // Независимый психиатрический журнал № III. 2008. С. 58 — 61.
2. Автономов Д. А. “Первичное патологическое влечение к игре. Взгляд с феноменологической и метапсихологической точки зрения”. // Независимый психиатрический журнал № I. 2009. С. 26 — 35.
3. Автономов Д. А. “О психоаналитическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр (З. Фрейд, О. Фенихель)”. // Независимый психиатрический журнал. № IV. 2009. С. 80 — 87.
4. Достоевский Ф. М. Игрок: роман. — М.: АСТ: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2008. — 235 с. — (Классическая и современная проза).
5. Жижек С. “Вещь из внутреннего пространства”. Перевод с англ. Л. Бурмистровой. // Художественный журнал № 32. 2001.
6. 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.
7. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. СПб. Восточно-Европейский Институт Психоанализа 1995 г. — 288 с.
8. Сас Т. Миф душевной болезни / Пер. с англ. В. Самойлова. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2010. — 421 с. — (Психологические технологии).
9. Фрейд З. Недовольство культурой. / Олимп, Москва, 1997 г.
10. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Интерес к психоанализу: Сборник / Пер. с нем.; Худ. обл. М. В. Дарко. — Мн.: ООО “Попурри”, 2004. С. 228 — 247.
11. Хейзинга И. Homo ludens. В тени завтрашнего дня. М.: Издательская группа “Прогресс”, “Прогресс-Академия”, 1992.
12. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
13. Custer R. L. Profile of the pathological gambler // J. Clin. Psychiatry. — 1984 Dec. — V. 45. — № 12 — Pt 2. — P. 35 — 38.
14. Heidegger M. Hoelderlin Hymne “Der Ister”. / Gesamtausgabe 53. Frankfurt: Klostermann, 1984. P. 94.
15. Mead G. Mind, self and society. Charles W. Morris, Chicago, 1934.
16. Winnicott D. W. L'enfant et le monde ext?rieur. Payot, Paris, 1972.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Сифилис мозга или шизофрения?

Разбор ведет акад. АМН профессор А. С. Тиганов (19 января 2012 г.)
Врач-докладчик Ю. Л. Мартынюк

Вашему вниманию представляется пациент Владимир Б., 1979 года рождения. Поступил в ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского 11 января 2012 года, доставлен из приемного отделения ГКБ № 1 им. Пирогова. В ГКБ № 1 больной доставлен скорой помощью с улицы, т.к. был избит неизвестными. В приемном отделении осмотрен нейрохирургом, челюстно-лицевым хирургом, психиатром, выполнена компьютерная томография головного мозга от 11 января 2012 г. Заключение: переломов, кровоизлияний, внутримозговых гематом не выявлено. Выставлен диагноз: ссадина нижней губы, шизофрения параноидная. И больной доставлен в нашу больницу.

Жалобы: на головные боли, слабость, плохую память, временами в голове слышит музыку, мужские и женские голоса, заявляет, что подвергается преследованию со стороны неизвестных лиц.

Анамнез (со слов пациента и представленной медицинской документации). Поступает в нашу больницу второй раз. Сбор анамнестических сведений затруднен из-за психического состояния пациента, быстро нарастающей астении, апатии и психомоторной заторможенности, нежелания продолжать беседу. Однако, несмотря на это, при повторных беседах удалось выяснить следующее.

О психопатологической наследственности неизвестно. Родился в г. М. Челябинской области единственным ребенком. Отца не знает и не помнит. Мама работала рабочей на различных предприятиях в М. Воспитывался матерью. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел в 7 лет, учился посредственно, классы не дублировал. Окончил 8 классов в 1993 г. Далее не учился. Со слов, не работал, “в основном с другом воровал”. В армии не служил. Пациент сообщает, что в 1995 г. мать топором убил сожитель, и он остался сиротой. Якобы, в 1995 г. находился на лечении в городской ПБ, сделан запрос в больницу (ответ еще не получен).

С 1996 по 1999 год отбывал наказание в местах лишения свободы в поселке Ж-ный Челябинской обл. за грабеж — снял с женщины шапку. В местах лишения свободы в 1997 г. впервые диагностирован сифилис, якобы проводилось лечение внутримышечно в течение 3 недель пенициллином. По поводу ВИЧ-инфек-

ции на тот момент что-либо конкретное сообщить не может. После освобождения в 1999 г. вернулся в свой родной город, продал квартиру и приехал в Москву в этом же году. Пациент инвалидности не имеет, не работает. В Москве пытался устроиться на работу, но не получилось. И с 1999 г. по настоящее время бомжует, проживает приблизительно в районе Выхино. Советский паспорт потерял еще в 2003 г., за восстановлением не обращался. Адрес в г-де М., где проживал, при каждой новой беседе называет по-новому.

Впервые был стационарирован в ПБ № 3 им. Гиляровского 16.11.2011 г. по путевке дежурного психиатра из ОВД г. Москвы в связи с неадекватным поведением. Был тревожным, подозрительным, напряженным, дезориентированным, бегал на улице голым, на поставленные вопросы не отвечал, оказывал сопротивление сотрудникам полиции.

При поступлении в отделение контакт формальный, на беседу пришел самостоятельно, понимает, что находится в больнице. Напряжен, подозрителен, беседой не заинтересован. Сообщил, что временами в голове слышит музыку, мужские и женские голоса, “кто-то меня преследует”. Своих переживаний не раскрывает. Сообщил, что уже ранее находился на лечении в психиатрической больнице. Соглашается с необходимостью лечения.

С 18.11.2011 г. у пациента отмечается субфебрильная температура тела. В анализах крови от 22.11.2011 г. на сифилис результат ИФА — 10,5. Осмотрен дерматологом. От 24.11.2011 г. получен положительный результат на ВИЧ. Больному неврологом больницы 29.11.2011 г. выполнена люмбальная пункция, анализ отправлен в ГКБ № 14 имени Короленко. Консультирован инфекционистом по поводу ВИЧ-инфекции. Рекомендован перевод в Клиническую инфекционную больницу № 2 для уточнения стадии болезни, причины лихорадки и тактики ведения с диагнозом ВИЧ-инфекция, стадия не уточнена, лихорадка неясной этиологии, нейросифилис, острый бронхит.

02.12.2011 г. переведен из нашей больницы в КИБ № 2.

В нашей больнице с 16.11 по 02.12.2011 были сделаны анализы и проведены осмотры врачами-специалистами.

Анализ крови от 17.11.2011 г. (Hb — 141; лейкоциты — 5,0; СОЭ — 5); анализы мочи в пределах нормы. Биохимический анализ крови в пределах нормы. HCV, HBS, BL, анализ кала на кишечную группу и стронгилоидоз — отрицательные.

RW от 22.11.2011 г. РПГА — 4+; ИФА — 10,5.

Результаты анализа ликвора от 29.11.2011 — РМП, РПГА — отрицательный; треп.антитела — 2+, кард.ант. — 1+. Сразу следует отметить, что цитоз почему-то в результатах ликвора не отмечен.

ВИЧ — положительный от 24.11.2011 г., ИБ +393969.

Рентгенография грудной клетки от 18.11.2011 г. — патологических изменений не выявлено. ЭКГ в норме.

Осмотрен терапевтом 28.11.2011 г., диагноз: острый бронхит.

Окулистом 29.11.2011 г. Заключение: гиперметропия слабой степени.

ЛОП от 28.11.2011 г., диагноз: здоров.

Дерматологом 22.11.2011 г. — состояние резистентности после ранее перенесенного Lues.

25.11.2011 г. М-ЭХО электроэнцефалография — умеренная внутричерепная гипертензия со смещением М-эхо слева направо на 0,5 мм.

Мы получили выписку из истории болезни № 17602 КИБ № 2, где пациент находился на стационарном обследовании с 02.12.2011 по 26.12.2011 г. Установлен диагноз: ВИЧ-инфекция — III стадия (субклиническая). ИБ +393969 от 24.11.2011 г. Хронический бронхит. RW 3+.

Рентгенография, заключение: обогащение легочного рисунка с преобладанием сосудистого компонента. Повторно делалась рентгенография 19.12.2011 г. — рентгенологические признаки бронхита.

Ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы, почек и мочеточников, брюшной полости от 19.12.2011 г. Заключение: увеличение печени и селезенки, диффузные изменения паренхимы печени, полип стенки желчного пузыря.

Осматривался неврологом КИБ № 2 19.12.2011 г. Выставлен диагноз: ХВБН с цефалгией на фоне посттравматического шейного остеохондроза.

19.12.2011 г. — анализ на малярию отрицательный.

РНГА с псевдотуберкулезом, иерсиниозом (O₃ O₉), сальмонеллезным диагностикумом — отрицательные.

20.12.2011 г. ИФА на токсоплазмоз кровь (IgM и IgG) — отрицательные.

Гемокультуру делали дважды — отрицательно.

От 20.12.2011 г. — анти CMV IgM — отрицательный, IgG = 814,3 (+) — цитомегаловирус; анти-toxo Gondii IgM — отрицательный; IgG — отрицательный; IgG — 35,6 (+) антитела токсоплазмы.

Обращают на себя также внимание результаты иммунного статуса от 05.12.2011 г. (анализы КИБ № 2): Т — хелперы — 257, при норме 600 – 1900; количественное определение АВБОТТ RT, 40 – 1.0Е +7 коп/мл — обнаружены 109908.

Заключение дерматолога из инфекционной больницы — Диагноз: серорезистентность, данных за Lues нет.

Была проведена антибактериальная терапия (цефазолин и таваник). Следует отметить, что температура волнообразная до 38,5 – 39 градусов сохранялась от момента поступления во 2-ю инфекционную больницу, со 02.12.2011 г. до 21.12.2011 г. Только при переходе на таваник с 21 по 26 декабря 2011 года температура тела у пациента нормальная, и он был выписан, так как отказался продолжать лечение в той больнице и не захотел возвращаться в ПБ № 3.

Поступил в ПБ № 3 повторно 11.01.2012 г., был избит неизвестными, подобран скорой медицинской помощью, осмотрен врачами ГКБ № 1 имени Пирогова. В больнице выполнена компьютерная томография, патологии не выявлено.

Психический статус за время пребывания в отделении (с момента поступления 11.01.2012 г. до настоящего времени): контакт формальный. Продуктивность контакта ограничена вследствие выраженного интеллектуального снижения. Ориентирован в собственной личности, во времени — не точно. Понимает, что находится в больнице. В беседе не заинтересован. Аффект переменчив от благодушия до гнева. Не понимает, с какой целью находится на лечении. Заявляет, что “хочет здесь быть всегда”, просит, чтобы его “устроили на работу дворником”. Мышление непоследовательное. Простейшие арифметические вычисления выполняет с ошибками. Осознание болезни отсутствует. В суждениях не критичен. На поставленные вопросы отвечает по желанию, быстро переключается на второстепенные вещи, выдернул из розетки шнур от настольной лампы, встал и ушел из кабинета. Напряжен, подозрителен. Сообщает, что временами слышит в голове музыку, а также мужские и женские голоса, подвергается преследованию со стороны неизвестных лиц. Находясь в отделении, часто разговаривает с несуществующими объектами, обращаясь в пустоту. Внимание неустойчивое, легко отвлекаемое. Память, как на отдаленные события, так и на текущие, резко снижена. К окружающему безразличен, круг интересов ограничен физиологическими потребностями.

Психические расстройства представлены интеллектуальными и мнестическими нарушениями, выраженной эмоциональной лабильностью, а также своеобразными расстройствами восприятия и бредовыми идеями.

Во время первой госпитализации он получал клопиксол депо, галоперидол, азалептин, циклодол; в настоящее время — клопиксол депо — 200 мг внутримышечно однократно, галоперидол 10 мг per os 3 р/д, азалептин — 25 – 25 – 50 мг, и циклодол — 2 мг 3 р/д.

Соматическое состояние. При поступлении правильного телосложения, удовлетворительного питания. На лице, голове ссадины; на нижней губе рубец. На левом предплечье старые рубцы. Язык обложен белым налетом. Зев не гиперемирован. В легких дыхание с жестковатым оттенком, аускультативно хрипы не выслушиваются. Печень, селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Общеклинический анализ крови от 13.01.2012 г.: лейкоциты — 4,7; СОЭ — 30 мм/час; гемоглобин — 119. В биохимическом анализе крови от 12.01.2012 г. — без патологии. В общеклиническом анализе мочи от 13.01.2012 г.: белок — 0,033 г/л.

Заключение терапевта от 13.01.2012 г.: ВИЧ-инфекция, острый фарингит.

Осмотрен повторно дерматовенерологом 16.01.2012 г. Заключение: возможно думать о серологической картине ранее перенесенного леченного Lues от 1997 г.

Следует обратить внимание, что полученный результат RW от 17.01.2012 г. в больнице: РПГА на сифилис — 4+; ИФА на сифилис — 11,7.

Рентгенография органов грудной клетки от 18.01.2012 г., заключение: патологических изменений не выявлено.

Осмотрен инфекционистом 17.01.2012 г., который сообщает: проводилось лечение в декабре 2011 г. в КИБ № 2 по поводу субфебрилитета — цефазолин и таваник. На фоне приема таваника лихорадка исчезла. Пациент был выписан с рекомендациями наблюдения в центре СПИД, от перевода в ПБ № 3 отказался (письменно).

Пациенту была выставлена субклиническая стадия ВИЧ-инфекции, так как наличия вторичных (оппортунистических) инфекций не было зарегистрировано ни в анамнезе, ни при наблюдении и обследовании. Также в пользу наличия III стадии ВИЧ-инфекции указывали данные вирусной нагрузки по ВИЧ и количество СДЧ лимфоцитов.

При обследовании также обнаружены антитела класса IgG к *Toxoplasma Gondii* и цитомегаловирусу, что может указывать на инфицирование этими возбудителями в прошлом, но в отсутствии клинических симптомов не является показанием (критериями) для постановки диагноза токсоплазмоз или CMV (цитомегаловирусная) инфекция, как и показанием для назначения терапии.

Поэтому, клинический диагноз в настоящее время следует читать: ВИЧ-инфекция III стадия, субклиническая, сопутствующий — хронический бронхит. Повторное появление лихорадки может быть связано с бактериальной инфекцией дыхательных путей, органов дыхания.

Тем не менее, рекомендовано назначить вновь антибактериальную терапию, осмотр фтизиатра. При

сохранении лихорадки перевод в КИБ № 2 для уточнения лихорадки.

Неврологическое состояние от 16.01.2012 г. Отмечается замедленность психомоторных реакций. Менингеальных симптомов нет. Зрачки с реакцией на свет, правильной формы. Положительный синдром Ромберга, тремор рук, пальце-носовую пробу выполняет с грубой интенцией. Сила и объем движений в конечностях сохранены. Брюшные рефлексы выпали, выпали высокие сухожильные рефлексы с рук, угнетены ахилловы рефлексы. Атаксия при походке.

Невропатологом выставлен диагноз: органическое поражение головного мозга, ВИЧ, энцефалопатия с пирамидным и мозжечковым синдромом, когнитивные и поведенческие нарушения.

Было проведено два психологических обследования, одно — при первой госпитализации от 22.11.2011 г., и второе — 17.01.2012 г.

Психологическое исследование от 22.11.2011: обследуемый ориентирован в собственной личности и месте примерно (заявляет, что не знает, сколько ему лет), во времени — не точно (месяц и год называет верно, дату назвать отказывается, спрашивает у психолога, какое сегодня число). В контакте неадекватен, нелеп, — заявляет, что не хочет выписываться из больницы, садится на пол кабинета, опершись спиной о дверь, говорит, что если ему не пообещают оставить до лета, он “с места не сдвинется”. Коррекции нелепое поведение до конца не поддается. Мотивация к проведению исследования отсутствует, испытуемый отказывается выполнить большую часть заданий. При выполнении доступных заданий также отмечается нелепое поведение — так, испытуемый берет стимульную карточку и начинает хлопать себя по голове. Не доводит до конца выполнение даже единичных заданий, утрачивает инструкцию, начинает бормотать себе под нос отрывочные фразы, стереотипно их повторяя. На основании анализа выполненных испытуемым заданий можно говорить о снижении уровня непосредственной памяти на фоне суженного объема внимания — динамика воспроизведения составляет 2, 3, 4, 0 слов из 10, отсроченное припоминание 4 слова. Устойчивая концентрация внимания недоступна, переключение замедленное. Мышление характеризуется грубой дезорганизацией, уровень доступных обобщений невысокий, в мышлении присутствует влияние аффективной (параноидной) установки. Так испытуемый отказывается пояснить принцип выполнения задания, заявляя: “А я вам об этом не скажу”.

Проективная диагностика выявляет пассивный негативизм, преобладание неустойчиво-импульсивного стереотипа реагирования, параноидные черты. Не исключено наличие установочного поведения.

Результаты повторного **психологического обследования от 17.01.2012:** пациент ориентирован в собственной личности, в месте и времени — неточно (точную дату указывает только после наводящих во-

просов психолога). В контакте формален, угрюм, сидит в закрытой позе, контакт глаз не поддерживает. Ответы краткие, не всегда по существу, речь малопонятная вследствие нарушений дикции и тихого голоса. Ответы пациент дает после продолжительных пауз, часть вопросов оставляет без ответа, иногда в плане эхолоалии. Например, на вопрос психолога, на каком этаже находится кабинет, в котором проходит обследование, третьем или четвертом, испытуемый повторяет: “На третьем или четвертом...”. Мотивация к проведению исследования практически отсутствует, смысла процедуры не понимает, задания выполняет избирательно, порой задает психологу нелепые вопросы: “А что для Вас значит “сто”?” Деятельность малопродуктивная, протекает в медленном темпе, испытуемый быстро истощаем. Произвольное внимание характеризуется грубой дефицитарностью, сужением объема, недоступностью продолжительной концентрации, истощаемостью. Показатель непосредственного запоминания низкий, кривая запоминания имеет форму “плато” — 2, 4, 2, 4, 4; ретенция — 2 слова из 10. Мышление характеризуется дефицитом самостоятельной активности, нарушенной целенаправленностью. Испытуемый выполняет лишь отдельные, наиболее простые задания при условии стимулирующей помощи со стороны психолога. Отмечается неравномерность уровня достижений в пределах одного задания. Уровень доступных обобщений, способность к абстрагированию грубо снижены, задания, требующие самостоятельного построения программы действий, испытуемый не выполняет. При толковании пословиц дает конкретно-нелепые объяснения — например, пословицу: “Не в свои сани не садись” объясняет как “Не в своих санях далеко не уедешь”.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется негативистичностью, повышенным уровнем беспокойства, возбуждением, грубой дезорганизацией поведения, тенденцией к непосредственному отреагированию возникающих импульсов.

Таким образом, по результатам исследования не выявляется значимой динамики по сравнению с исследованием от 22.11.2011 г. На первый план выступает грубое снижение продуктивности всех видов психической деятельности вследствие дефицита произвольности, выраженного негативизма, дезорганизации поведения (вплоть до элементов “полевого” поведения).

Ведущий. У меня несколько вопросов.

Вы можете представить подробный динамический статус во время пребывания здесь? А то у Вас часто звучат такие вещи, как бредовые идеи, обманы восприятия и так далее. Что за всем этим стоит? Ведь все-таки он у Вас находится повторно на протяжении какого-то определенного периода времени. Каково его поведение вне обследования, вне контактности? Каковы все-таки те расстройства, о которых я хотел

бы услышать не квалификационно, а конкретно, как они выглядят?

Врач-докладчик. Обследуемый, предоставленный сам себе, держится обособленно. Просит, чтобы ему дали ручки, излагает свои мысли, — я принес образцы его письменной продукции, что-либо четко разработать практически невозможно — какие-то нелепые фразы и слова. Временами, задумываясь, сам с собой разговаривает. На вопрос: “А с кем разговариваешь?” — не отвечает. При неоднократных беседах задаем вопрос: “Что беспокоит?”, — может ответить: “Ничего”, может продолжить беседу, а может откатиться от нее.

Присутствовать в этом зале он согласился при условии, что он у нас будет находиться долго, и мы его устроим дворником, при этом условии он согласился встречаться и беседовать.

— *Как он спит? Как он ест?* — Сон, аппетит достаточные. Каких-либо нарушений физиологических нет.

— *Как меняется его состояние утром, к вечеру?* — Суточных колебаний состояния не отмечено. У него бывают колебания от повышенной раздражительности, но это никак не связано в времени суток, до благодушия, какой-то радости, только ему известной. На контакт с кем-либо — медперсоналом, другими пациентами — он не идет, держится постоянно обособленно.

— *Скажите, пожалуйста, но все-таки он когда-либо за время своего пребывания здесь говорил о том, что он слышит голоса?* — Говорил.

— *И чьи это голоса?* — Когда он предоставлен сам себе и не видит, что за ним наблюдают, я отмечал картину, что он сам с собой разговаривает: это может быть радость, он такой довольный и что-то так настойчиво и долго рассказывает, а может разговаривать сам с собой раздражительно. Подойдя к нему, задаешь вопрос: “А что случилось?” В первом случае он говорит: “Слышал в голове хорошую музыку, и она меня радует”. А в другом: “Слышу голоса”. — “Какие голоса?” — “Мужские”. — “А что говорят?” — “Ну, они меня ругают”.

— *Это надо было поподробнее выяснить.. Скажите, пожалуйста, а вот возбуждение его? Ведь он там где-то был обнаружен голый, бегал по улице...* — Да, по улице бегал. На вот такие вопросы при контакте с ним невозможно прояснить, то есть как-либо последовательно он ничего не рассказывает.

— *А объективно известно, как все происходило?* — Нет. Сотрудниками полиции задержан, вызванной скорой помощью доставлен в больницу.

— *Здесь состояние возбуждения бывает?* — Нет. За этот период такого крайнего возбуждения не было.

— *В общем, я так понимаю, что анамнестических сведений почти нет?* — Мы сделали запрос, но вряд ли получим что-либо конкретное. Он остался сирот

той, родственников нет. А собрать у пациента последовательные сведения невозможно.

— *Значит, объективных анамнестических сведений нет никаких?* — Нет.

— *Но что-то можно выяснить? Он лежал, насколько Вам известно, в городской больнице города М.* — Да.

— *По поводу чего — неизвестно?* — Но он не отвечает.

— *Еще были госпитализации?* — При неоднократных беседах во время первой госпитализации у него проскальзывало: “я 30 раз лежал в психиатрических больницах”, а при этой госпитализации он акцентировал внимание только “в 1995 году”. При беседе с ним задаем вопрос: “А где в Москве был в больнице психиатрической? В какой?” — “В 138”. Ну, такой больницы в Москве нет. При повторных задаваемых вопросах по поводу нахождения в стационарах ему становится неинтересно, и он вообще не отвечает на вопросы.

— *Скажите, пожалуйста, какое все-таки окончательное заключение специалистов, невролога? Кажется там, то есть данные за lies, то они не подтверждаются, то говорят о ВИЧ инфекции — как это все сформулировано специалистами?* — Дело в том, что на данном этапе окончательно сформулированного специалистами заключения нет. С момента поступления, первое стационарирование — с 16 ноября по 2 декабря, у пациента с 18 ноября как была волнообразная температура, с субфебрильной до 39 градусов, так она и осталась, и мы перевели его во вторую инфекционную больницу. Температуру они ничем не объясняют. До 21 декабря температура поднималась до 39. Поступил к нам второй раз — температура была 37, на следующий день с момента поступления и до сегодняшнего дня у него к вечеру 38,9, с утра — 38,2 и вот такая волнообразная кривая температуры идет. Это первое.

Второе. Если сравнить результаты анализа крови на сифилис, я их зачитывал, то при первой госпитализации показатели ИФА были от 22 ноября — 10,5, от 17-го мы получили — 11,7. То есть показатели на RW отрицательные. Ликвор на цитоз из Короленко не получили, чтобы сравнить.

— *... И все-таки еще раз. Как объясняют соматологи эту температуру? Есть хоть какое-то объяснение?* — Нет.

— *Скажите, а все-таки заключение невролога какое? Именно заключение, а не описание. Еще раз.* — При повторном стационарировании диагноз невропатолога от 16.01.2012 г.: органическое поражение головного мозга, ВИЧ, энцефалопатия с пирамидным и мозжечковым синдромом.

— *Невролог не сомневается в отношении ВИЧ-инфекции, да?* — Не сомневается. Дело в том, что после того как пациент был подробно обследован в КИБ № 2, где СПИД-центр, и там установлен диаг-

ноз, нам, как узким специалистам, в том числе и специалисту-невропатологу больницы, трудно высказываться по поводу ВИЧ-инфекции по стадиям.

И еще хочу добавить. Поведение бывает очень необычное, когда тревожный, напряженный, подозрительный, делает какие-то непонятные жесты. Например, широко расставив пальцы, указательный и средний, во время беседы дотрагивается до пола, засовывает всё это в рот и говорит “ну, вы меня поняли”. Опять это повторяет и опять говорит: “Ну, вы меня поняли”. Но быстро переходит на что-то другое, так что выяснить у него, что это означает, что он показывает и что мы должны понять невозможно, он от этого уходит. Временами испытывает сильный страх, боится зайти в туалет, говорит, что его там убьют, — страх, тревога. Вот такая нестабильная симптоматика, может быть бредовая или какая-то супернелепость. Временами он лежит целый день в наблюдательной палате и не проявляет себя никак. А к вечеру становится тревожным, суетливым. И вот эти нелепые проявления и высказывания, которые нельзя связать между собой. В первом обследовании психолога это также подчеркнуть, но в заключении она говорит, что это может быть симуляция, установочное поведение...

В. Г. Остроглазов. У меня вопрос к Вам, как лечат врачу и докладчику. Какие самые главные вопросы Вы выносите на клинический разбор в данном случае?

Врач-докладчик. Вынесение клинических суждений по феноменологической оси с учетом клинико-психопатологического статуса. Это единственная цель, в связи с которой я разбираю данного пациента.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Проходите сюда, пожалуйста, ко мне. Садитесь. Ваше отчество как? — *Владимир Игоревич*¹. — Владимир Игоревич, что с Вами происходит последнее время, расскажите, пожалуйста? — *Последнее время? Ну, за мной наблюдают последнее время.* — За Вами наблюдают. Кто? — *Ну, духи, которые ...* — Духи? Какие же это духи? — *Я не знаю, ... 38, 127, 006.* — Так, это Вы цифрами обозначаете что, название духов или место, где эти духи находятся? — *Был в Бутырской тюрьме, только начал оттуда развитие духов.* — Так духи находились в Бутырской тюрьме? — *Да.* — А еще где? — *Пока нигде, и доводили меня до ... в шахту в подъезде.* — Как это “доводили Вас до шахты”? Как это объяснить? — *Вцеплялись в волосы и в голову ... И так продолжалось, пока... Так продолжалось последний раз.* — В какую же шахту они Вас заводили, эти духи? — *Ну, на первом этаже в подъезде.* — А где эта шахта находится, в этом здании или в другом? — *В любом ...* — Нет, но в этом здании или в

¹ Имя и отчество больного изменены.

другом? — *Не в этом здании ...* — В другом здании? — *В любом подъезде в Москве.* — И что они с Вами делали, когда они Вас заводили в подъезд или шахту? — *Кипяток. Не давали спать и размышлять.* — И размышлять. А “кипяток” причем тут? — *Но всё началось именно с кипятка.* — То есть? — *В Бутырской тюрьме. Я сказал 11 раз подряд “Бога нет” (повторяет 11 раз). С этого началось мое развитие.* — Так, а причем тут кипяток? — *С чего начинать? Что со мной произошло вообще, да?* — Да, конечно. — *Но я думаю, наверное, это написал Юрию Леонидовичу, российский паспорт до сих пор не получил.* — Подождите, кипяток откуда взялся и что с ним? — *В Бутырской тюрьме.* — Что, на Вас лили кипяток? — *Да, на спину.* — На спину. И что после этого Вы чувствовали? — *Лазерное облучение произошло.* — Лазерное излучение. И как это лазерное излучение на Вас действовало? — *Ну, где-то так “Бога нет” (повторяет несколько раз).* — Это Вас заставляли говорить эту фразу? — *Ну как, нет. Я присел ... и повторял 11 раз “Бога нет” (повторяет несколько раз).* — Вы повторяли эту фразу просто сами по себе или в результате воздействия этого лазерного излучения? — *У Ульянова было 17 кипятков. Он подходил ко мне с духом, Ульянов, в Бутырской тюрьме. Пока они меня не ошпарили кипятком, ничего хорошего не началось.* — А после кипятка стало лучше? — *После кипятка я повторил 11 раз “кипяток”. “Бога нет” (повторяет несколько раз).* — Так это плохо или хорошо? — *Но если есть электричество, то очень хорошо.* — Скажите, пожалуйста, а кто такой “Ульянов”? — *Ульянов — Владимир Ильич Ленин.* — Так, и какое он имеет к Вам отношение? — *Он подошел ко мне, и я выбрал его.* — Где он подошел к Вам? — *В Бутырской тюрьме ...* — Так, и как Вы “его выбрали”, каким образом? — *Мне стало полегче разговаривать.* — Стало полегче. О чем же Вы с ним говорили? — *Он начал объяснять: Бога нет, ... карета царя ... По этим зачитывал приговор ... Мы потом хотели его сжечь у дерева.* — Кого? — *Ульянова.* — Ульянова? — *Да.* — А кто его хотел сжечь у дерева? — *Баронесса.* — Какая баронесса? — *Я уж не знаю, хотел сжечь. Он это агрессивировал, я понял, что это не про... Агрессировал и тем самым не дал себя сжечь у дерева. Не дал себя сжечь у дерева.* — А Вы хотели его сжечь? — *Кого, Ульянова?* — Да. — *Да нет, он меня везде водил вокруг да около.* — Кто его хотел сжечь около дерева? — *Баронесса.* — Баронесса. Скажите, пожалуйста, а что Вы делали в Бутырской тюрьме? — *Но если так всё по порядку рассказать. Значит, мать зверь, зверь убил мою мать, когда ... по жизни, ничем не наказана.* — Вы наказаны? — *При жизни ничем не наказана.* — Вы не наказаны? — *При жизни ничем не наказана, как ... Зверь. Мучил сожитель, зверь.* — Это тот, который убил Вашу мать? — *Да.* — А причем тут Бутырская тюрьма, о которой Вы говорили и в которой Вы оказались? — *Так как ... мое знакомство, это Гранатная*

улица, дом 3 – 5. — Это у кого и с кем? У кого началось знакомство с Вами? — *Ульянов первый подошел.* — Скажите, это давно всё было или недавно? — *Это было в 2006 году 2 апреля по статье 158, часть вторая.* — Так, это Вы находились в это время в Бутырской тюрьме? — *6 месяцев ...* — 6 месяцев. А что это за статья, по которой Вас посадили? — *Кража.* — А Вы что-нибудь украли? — *Извините, я ничего не крал, просто ... писал писанину свою.* — Какую “писанину” Вы писали? — *Можно будет это посмотреть?* — Конечно. — *Только я попрошу Вас отправить это в почтовый ящик. Здесь написан адрес: Москва, Мавзолей Ленина, 127006, и две марки.* — Но это мы наклеим. — *Наклеить и отправить в почтовый ящик.* — Конечно. И что, о чем это письмо и кому оно адресовано? — *Это? Прочитайте.* — Нет-нет, я не буду. Расскажите в двух словах. — *Напророчествовал Господь. Смерть принцессы Дианы Уэльской, она была 2 октября 1997 года. Землетрясение — Ленинабад в 1988-м. Можно, я прочитаю?* — Конечно, можно. Погромче немножко, чтобы слышали доктора. — *Раиса Максимовна Горбачева — смерть 1997 год. Принцесса Диана Уэльская — смерть 2 мая 1997 года. Землетрясение — Ленинабад ... 1988 год. Петропавловск-Камчатский — 1997 год. Смерть Леонида Якубовича на 2016 год. Папа католический, Иоанн Павел II, 11 января 2022 года. Путину смерть на 2031 год. ... на 2036 год. Туалеты на улицах от Чарли Чаплина... — Владимир Игоревич, это что, предсказание, да? Что будет?* — *Ну, это я наблюдаю.* — Нет, но Вы же предсказываете тут: в каком году кто умрет? Так я понял? — *Ну, да. Это были пока предсказания, пока в Бутырской тюрьме.* — А откуда Вы знаете, какие у Вас возможности высказать эти соображения? Это Вам кто-то подсказывает или это Вы сами знаете? — *Не знаю, но пока до Бутырской тюрьмы никак ничего не знал. Познакомился с Бутырской тюрьмой, и сразу стал осознавать, что да-да-да, можно было бы не исполнять, много курил и вообще ... непонятная жизнь. Ну, там по ...* — Сейчас, минуточку. — *Еще летающая тарелка на 2039 год Анко-Пинко. Всё. Летающая тарелка на 2039 год. ...* — В общем, тут целая программа на будущее, да? — *Вот вычисления ... вычисления назвать.* — Да, хорошо. Так вот я все-таки хочу добиться от Вас: это Ваши собственные мысли или кто-то Вам их подсказал, и Вы их записали? — *Если мне такое дано понять, то что на 2039 год летающая тарелка.* — Это Вам дано понять? — *Да, дано понять.* — Это откуда такие возможности? — *Вы, наверное, видели по телевизору, когда была с Любовь Орловой...* — А причем тут Любовь Орлова и Вы? — *В цирке, “Цирк” ...* — Ну, да, был такой фильм. И что же? — *Вот он про Анко-Пинко...* — А что такое Анка-Пенка? — *Анко-Пинко — это летающий аппарат США.* — Владимир Игоревич, скажите, пожалуйста, почему Вы здесь находитесь? Вы знаете, что это такое за учреждение?

— У меня зверь убил мать, когда я сидел в тюрьме. — А? — У меня зверь убил мать, когда я сидел в тюрьме. — Ну, а здесь почему Вы? Вы больны или здоровы? — Ну, как меня здоровым ... — Вот я и спрашиваю. — Отчим убил мать, зверь убил мать, когда я сидел в тюрьме. Вроде Юрий Леонидович написал ... российский паспорт не получал. Всё произошло по заседанию зала суда. Юрий Афанасьевич Репенко отработал мужеложство, изнасилование ... 2-летней девочки. ... наблюдал хозяин. — Какой хозяин? — Адрес нужно сказать? — Нет, просто кто это такой? — Начальник учреждения ИТО-11. — Какого учреждения? — ИТО-11 Челябинской области. — Так, и что же? — Ну, и то, что зверь убил мать, когда я сидел в тюрьме. Мне после суда сделали первую ... больницу. Сейчас уже у меня количество, которое пока ... за 30 уже от нее. — Скажите, Вы вообще здоровы сейчас или больны? — Какое здоровье, я думаю, что я больной. — А чем Вы больны, скажите? — Улица, холодно ... зимы, вот и всё. Голышом забежал в подъезд. Оторвал дверь, забежал в подъезд. — А почему Вы голышом бежали? Почему Вы оказались без одежды? — Попал ... в Московском ... Но Вы доставите это в почтовый ящик? — Да, конечно. — Две марки приклеите ...? — Да, приклеим, всё сделаем. Скажите, пожалуйста, настроение какое у Вас сейчас? — Настроение? Да вроде легко, если дойдет на почтовый ящик. — Ровное или немножко подавленное, или какое? — Как-как? — Ровное или немножко подавленное, может быть, Вам грустно сейчас? Нет? — Да нет, мне нравится, что меня столько людей слушает. — А почему сидит здесь столько народа и слушают Вас? — Ну, не знаю, как это называется. Конференц-зал? — Конференц-зал. Молодец, всё правильно. А почему Вас слушают? — ... российский паспорт до сих пор не получил. — Вы думаете, что это имеет отношение к получению российского паспорта или нет? — Как-как? — Вы думаете, вот это собрание имеет отношение к получению российского паспорта? (Врач-докладчик. Я ему говорил, что он получит, если согласится на разбор). — Все до конца дней своих работал на скорой помощи. — Скажите, какое сегодня число? — Сегодня январь. 26-е, наверное, число. — Немножко поменьше. — Если было 15-е, ну, где-то 21-е. — Ну, примерно. А год какой? — 2012 год ... — А как называется это учреждение, где Вы находитесь? — ... Какая станция это, можно спросить? — “Станция”, Вы что имеете в виду? — Станция метро? — Где, здесь? — Да. — Здесь станции метро, вот здесь непосредственно нет. А близко, насколько я понимаю, это Сокольники, наверное. — Они вроде как ... или Электроводская. — А, Электроводская, да, тоже есть такая. — Такая есть? — Да. И что это значит? — Адрес ... больницы, где я нахожусь. — Понятно. — ... — Скажите, Вам помогают здесь, Вас лечат? — Как не лечат? Да, ... есть, есть тепло, всё хорошо. — Тепло есть, обход есть. А в чем Ваше заболевание?

Вам лучше стало? Благодаря этому лечению? — ... немало, что собралась. Да. Может, я соберусь ... до апреля-месяца. — До апреля-месяца. А что в апреле? — Ну, я буду говорить с ... — Скажите, пожалуйста, Владимир Игоревич, еще один у меня вопрос такой. Когда последний раз Вы испытывали на себе вот это воздействие, о котором Вы мне с самого начала говорили? Это здесь уже было, в больнице? Вот в этом помещении? — В больницу я никакую не попадал. Мог бы похвалиться. ... — Нет, но Вы рассказывали, что там где-то в... — ... У меня же больше 30, что это больница, за это мне ... родная бабушка, вот и всё. — Что родная бабушка? — Родная бабушка по отцу Вика, за то, что я не назвал 30 ... — Нет, но вот эти преследователи, которые там облучали Вас и которые Вас где-то в какую-то шахту сажали, когда это было в последний раз? — В шахту меня уже не сажали. — Ну, когда это было? — Облучился в Бутырской тюрьме. — А? Вот всё это было все-таки в Бутырской тюрьме, да? — Всё произошло там. — И после этого на Вас не воздействовали ни кипятком, ничем? Или было? — Нет. Но хочется еще раз попробовать, вот и всё. — Что попробовать еще раз хочется? — ... если совершить на себе ..., как называется, посуду, кипяток, то развитие произойдет ... — Скажите, Вы голоса слышите? — Я не голоса слышу, а иногда мне дают спокойно уснуть. Вот и всё. — Кто? Кто и как? А? Голос? — Кому-то болезненно, а кому-то ... — Это голос? Где Вы его слышите? — Голоса ... — Я спрашиваю: есть у Вас голоса? Может, их и нет у Вас? — Голосов таких нет. — А были? — Нет, голосов у меня не было. Слышал, как искажается речь. — А как она искажается? — Это радостно становится. — Но Вы говорили иногда, что Вы слышите музыку. — Музыка ... — Ну, а где Вы ее слышали, музыку? — Если дальше продолжить, то свидетельство о смерти матери не знал. — Нет, я спрашиваю о последнем времени. — Последний раз, когда я слышал музыку? Даже не помню. — Но вот здесь иногда бывает, что вроде тихо, никого нет, а Вы слышите музыку или слышите голоса? — По кинескопу. — А как это “по кинескопу”? Что это такое? Что это, “кинескоп”? — По кинескопу услышал музыку, по телевизору. — По телевизору. А голоса, тоже по телевизору? — Голоса, я не знаю. Показалось ... — Скажите, Вы устали от разговора? — Да нет, я хотел бы еще поговорить. — Ну, давайте поговорим. — ... не получил. День смерти я этого не знаю, смерть матери тоже. Можно восстановить хотя бы российский паспорт? — Вот сейчас подумаем. — Но вроде Юрий Леонидович обещал ... — Но раз он Вам обещал, значит, всё в порядке. — Российский паспорт я не получал. Зверь убил мать, когда я сидел в тюрьме. Всё началось с психбольницы, где так 3 года ... — Можно Вашу руку на минуточку? Другую? — Компьютер работает, наверное? — У кого, у меня? — Да. — ... Хорошо. Спасибо.

Спасибо. У меня нет больше вопросов.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

В. В. Калинин. Владимир Игоревич, Вы сказали, что в Бутырской тюрьме к Вам подошел Ленин. ... Известно, что он умер в 1924 году. То есть, он умер 80 лет назад. Как это объяснить? — *Значит, он так работает. Он подошел ко мне первый. Вот и всё.* — Но он жив, что ли? Он жив или мертв? — *Так он работает, выходит. ... пишет ... Ильича. Первую битву Ульянов ... Я этого не знал. Если бы я это знал, что ... по первое число. Так работает, выходит ...* — Скажите, Вы простой земной человек или необычный? Вот Вы? — *Ну, я бомж с М-ка.* — Бомж? — *Бомж с М-ка, вот и всё. Адрес мой простой: М-к по Москве. Вот и всё.*

Врач-докладчик. Володя, смотри, сколько врачей тебе вопросы задают. А что бы тебе хотелось? — *По договорной ... это всё.* — Еще разок. Какую работу? Договорную? — *Да.* — А что это такое? — *Я не знаю, что у меня с оборотами по духу договорной. ... сбавлял ...*

Ведущий. Спасибо. Можно идти. — ... — Да, да.

ВОПРОСЫ ВРАЧУ-ДОКЛАДЧИКУ

— *А от уровня температуры меняется как-то его состояние? У него сейчас какая температура?* — 38,2 с утра была. — *А когда она нормальная, состояние меняется? Он становится немного живее, активнее?* — Да такой же. — *То есть температура никак на него не действует?...* — Никоим образом. А он и не жалуется на температуру.

Врач-докладчик. Глубокоуважаемый Александр Сергеевич! Глубокоуважаемые коллеги! Прежде, чем перейти к обсуждению, вынесению диагностических суждений, мне бы хотелось остановиться на следующем.

Первое. При неоднократных повторных беседах сложно собрать последовательный анамнез. Вот, например, некоторые вещи я сегодня впервые узнал. До этого он говорил, что только один раз находился в местах лишения свободы по решению М-го суда с 1996 г. по 1999-й. И этот “зверь, который убил мать”, сожитель — в 1995 г., он тут акцентирует внимание, раньше этого не было.

Второе. С 16.11.2011 г. и до настоящего времени сохраняется волнообразная температура тела до 39 градусов. Осмотрен специалистами инфекционистами, терапевтами и объяснения температуры нет. Объяснить поражением легких температуру также невозможно, по рентгенологическому заключению органы грудной клетки — без патологии. И, надо обратить внимание, что в КИБ № 2 проведено мощное антибактериальное лечение цефазолином и таваником, и сравнить анализы от 22.11.2011 г. и от 17.11.2011 г. — результаты отрицательные, и повышенной температуры не должно бы быть, но она сохраняется.

По поводу диагностических суждений. И в первый раз, когда он поступил, и при данной госпитализации выставлялся диагноз: шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, галлюцинаторно-параноидный синдром на фоне эмоционального дефекта. Но с учетом получения анализов из инфекционной больницы, нужно разбираться. Нужно еще раз брать анализы ликвора и определять цитоз, и смотреть в сравнении.

Дифференциальную диагностику, которую хочу вынести на обсуждение, провожу между болезнью Блейлера (шизофрения) и болезнью Бейля, которую не так часто мы встречаем — это прогрессивный паралич.

В конце XIX — начале XX века нейросифилис был одной из самых распространенных форм патологии нервной системы. Введение в арсенал лечения пенициллина привело к значительному снижению заболеваемости сифилисом. В связи с этим к началу 80-х годов XX века психические расстройства сифилитического генеза, в том числе прогрессивный паралич, в значительной степени утратили свое практическое значение. Однако впоследствии на фоне роста общей заболеваемости сифилисом во многих странах (в России в 90-х годах она возросла в десятки раз), происходит и увеличение числа случаев нейросифилиса, хотя точных эпидемиологических данных еще нет. Эти сведения позволяют предположить рост в недалеком будущем обусловленных сифилисом психических нарушений, к чему психиатры должны быть готовы. Данное клиническое наблюдение свидетельствует о больших трудностях дифференциальной диагностики при прогрессивном параличе, когда психические нарушения крайне неспецифичны.

В руководстве по психиатрии в 2-х томах под редакцией Тиганова Александра Сергеевича прогрессивный паралич или болезнь Бейля определяется как органическое заболевание сифилитического генеза, характеризующееся прогрессирующим нарушением психической деятельности вплоть до деменции, сочетающимся с неврологическими и соматическими расстройствами. Различают три стадии: инициальную, стадию развития и стадию деменции. Имеем ли мы у данного пациента по заключению невропатолога непосредственно нарушение — пирамидный мозжечковый синдром? Куда уж больше?! А с позиции вынесения соматического диагноза надо дальнейшее дообследование. Никто до настоящего времени из помощников консультантов не смог ответить на вопрос: откуда в течение более чем двух месяцев, с 16 ноября (сегодня 19 января), сохраняется температура до 39 градусов.

Следует добавить, что у данного пациента имеет место ВИЧ-инфекция. Инфекционистом выставлена III стадия. К сожалению, нейроизменения произошли, III стадия субклиническая. В настоящий момент я хотел бы говорить, что это не субклиническая, это

клиническая форма IV стадии. И конечно нужно проводить дополнительное обследование. Куда деть показатели антитела к цитомегаловирусу, токсоплазме? Куда они делись?

Таким образом, на фоне вышеизложенного, диагностические суждения следующие: прогрессивный паралич, стадия развития болезни, дементная форма с психотическими расстройствами и пирамидно-мозжечковой недостаточностью (F02.840), так называемый “поздний сифилис” (A52), ВИЧ-инфекция IV стадии с проявлениями энцефалопатии, вызванное слабоумие, лихорадка неясного генеза.

Пациент в ближайшее время будет переведен в КИБ для дальнейшего обследования, дообследования и лечения. Когда купирована лихорадка, тогда то, что он нуждается в лечении и в обязательном наблюдении врачами-психиатрами — однозначно. Но этот, озвученный мной, диагноз никуда не делся.

— На Ваш взгляд, чем определяется настоящий статус больного? ... Психический статус? — Расстройствами восприятия и бредовыми идеями, неспецифичный... — Какой синдром? — Галлюцинаторно-параноидный на фоне деменции.

— Скажите, пожалуйста, что известно про употребление алкоголя или наркотиков? — Больной при неоднократных беседах озвучил, что он не против выпить. Но выявить проявление алкогольного абстинентного синдрома, какие-либо металкольные психозы в прошлом не удалось. По поводу наркотических препаратов: употребление героина отрицает, а ашшу, было время, покуривал.

— А на руках нет следов? — На руках, на левой руке есть какой-то старый рубец, а при поступлении с 16 ноября до настоящего времени каких-либо неспецифических нет.

— А рубцы — это что, самопорезы? — Нет, в детстве где-то нечаянно порезался.

ОБСУЖДЕНИЕ

В. В. Калинин. Глубокоуважаемые коллеги! Интересный случай. Надо поблагодарить врача-докладчика. Но трактовка вызывает некоторые сомнения, окончательная трактовка сложна в диагностическом плане.

На мой взгляд, в статусе на первый план выходят нарушения мышления по типу шизофазии. Шизофазия и руинированный галлюцинаторно-параноидный синдром. То есть, это такой уже несистематизированный, такой отрывочный, нелепый, фантастический бред. Ну, вот не хватает идей величия, чтобы можно было квалифицировать парафрению. Парафрению, скажем, конфабляторную, как это определял Крепелин. Ну, вот не хватает. Хотя, конечно, если проанализировать симптоматику Кандинского-Клерамбо, здесь преобладает сенсорный Кандинский, с такой выраженной протопатичностью. Вот эти пережива-

ния: “ошпаривают духи, призраки ошпаривают кипятком” — это в принципе сенсорный Кандинский с протопатичностью, что говорит, конечно, об участии и органического фактора. То, что там есть органика, да, но одно не исключает другого.

А лихорадка, она может быть от чего угодно. Кстати, при сифилисе, при ПП лихорадки практически не бывает. Лихорадка бывает, скорее, при ВИЧ-инфекции, в данном случае при СПИДе. И здесь надо в первую очередь обращать внимание на это.

Так что, с моей точки зрения, это, скорее, шизофрения у больного с органическим поражением ЦНС сложного генеза — тут и сифилис, тут и ВИЧ-инфекция. Но по характеру нарушения мышления это всё же шизофрения с эмоционально-волевым дефектом.

М. Е. Бурно. Согласен с Владимиром Вениаминовичем. Хочу сказать о статусе. Больной, по-моему, несколько напряжён, но в то же время однотонен, гипомимичен, беспомощен от раздраженности. Вот такая, как говорят старые психиатры, шизофреническая милога от беспомощности. И я понимаю Юрия Леонидовича в том отношении, что этот, по-моему, давний больной параноидной непрерывно текущей шизофренией в исходном состоянии немного внешне похож на паралитика. Бред его, о котором тут достаточно подробно говорилось, этот кипяток, кипяток, кипяток и всё другое, — бред воздействия с бредом преследования. Бред уже рыхлый, тоже такой шизофренически-исходно раздраженный. Ушла внутренняя бредовая логика, которая поддерживала более или менее стройную бредовую систему поначалу. И такое вот клиническое впечатление давнего больного шизофренией. Вспоминаются хронические психиатрические отделения, где сидят подобные больные по углам, иногда разговаривают со своими преследователями и просят бумагу, чтобы писать свои нелепые размышления. Ну, и он же не истощается в своей однотонности гипомимической. В то же время напряженность, вяловатая напряжённость. Это уже такая расщепленность аффекта. И нет здесь тотального паралитического слабоумия, а есть именно эта специфическая блейлеровская расщепленность до разорванности: одновременно сосуществуют противоположные взаимоисключающие душевные движения (в широком смысле) без борьбы, без противоречивости, но с особой шизофренической “изюминкой” расщеплённости, исключающей тотальное слабоумие.

Что касается температуры, то это может объясняться и энцефалопатическими явлениями, в которых и невропатолог не сомневается. Область высших вегетативных “командиров”, поврежденная органически и даже неорганически, может давать непонятные подскоки температуры — это в психиатрии известно. Спасибо.

Ведущий. Есть еще желающие? Позвольте мне сказать несколько слов.

Вы знаете, я, прежде всего, хотел бы, конечно, обратить внимание на соотношение тех данных, которые были представлены на конференцию. Здесь было очень много соматики, очень много лабораторных исследований, даже психологических исследований, и очень мало описания психического статуса. Как бы ни был статус однообразен, он требует своего достаточно подробного описания. И если бы всё то, что больной обнаружил здесь, было бы описано, я думаю, что несколько иначе можно было построить и беседу с пациентом.

Так вот, прежде всего, конечно, диагностика базируется на двух моментах — это психопатологическая картина и течение болезни. К сожалению, выпадает очень большой блок истории его жизни, ибо нам ничего неизвестно фактически до того момента, пока больной не попал в этот стационар и пока не был госпитализирован в связи с неправильным поведением.

Что можно сказать о прошлом? Пожалуй, ничего, кроме того, что, по-видимому, имели место какие-то психопатические или психопатоподобные состояния. Никаких данных о психотической симптоматике у нас нет. Я несколько отступаю от привычного для нас способа анализа больного. Всегда мы начинаем со статуса, но я просто хочу сразу отсечь этот период жизни больного, как мне абсолютно неизвестный.

Теперь о статусе больного. Я абсолютно согласен с тем, что здесь говорилось. По-моему, это классическая картина речевой разорванности в виде, конечно, шизофазии. И речь идет о том, что в структуре этой шизофазии мы, в общем, видим отблески того, что когда-то было у больного. Это и бред воздействия, достаточно нелепый, достаточно непонятный — здесь и “духи”, здесь и “преследователи”, здесь и какие-то персонажи исторические, которых он упоминает. Да, я согласен, что здесь нет идеи величия, но я думаю, что это связано с тем обстоятельством, что это уже все-таки не парафрения, а конечное состояние, когда этот бред величия распадается, утрачивается его структура, и он не фигурирует в картине шизофазии. Это, кстати, мы тоже очень хорошо знаем. И, конечно, это такая речевая разорванность, когда мы с огромным трудом понимаем, что говорит больной. Кстати, больной употребляет и некоторые слова, которые нам непонятны, что позволяет нам думать и об элементах неологизмов, которые здесь имеют место. И здесь всё время осколки, и вот этого какого-то парафренного бреда и так далее. Конечно, состояние больного очень изменчиво, и очень трудно следить за канвой его разговора и канвой его беседы. Но при этом, мне кажется, здесь очень важным является тот момент, что все-таки большинство высказываний больного носят такой фантастический, ну давайте в широком смысле говорить, шизоформный характер. Во всяком случае, фабула всех этих расстройств, конечно, всё ближе и ближе стоит к синдрому Кандинского-Клерамбо или каким-то другим расстройствам, близким к ним.

Я совершенно согласен с тем, что если бы это было лезетическое поражение головного мозга, если бы это были какие-то бредовые расстройства, они были бы более стационарны, более конкретны, более однообразны и менее изменчивы.

И еще один момент. Я согласен с тем, что здесь говорил Марк Евгеньевич. У него нет истощаемости. Я его спросил: “Устал ли он?”, он мог, по-моему, еще говорить два часа.

Кстати, и температура, которая у него здесь была — это подчеркивает и лечащий доктор — фактически никак не меняет его психическое состояние. Он как был вот такой монотонно-однообразный, таким он и является.

Есть ли у него кататония? Сейчас нет. Но она, кстати, и необязательна при шизофазии. Была ли у него кататония раньше? Не исключена возможность. А может быть, речь шла и о каких-то других моментах, когда он там голый бегал по городу и когда его поймали и посадили в психиатрическую больницу.

И здесь есть вот такой прием. Вот если бы мы ничего не знали о ВИЧ, если бы мы ничего не знали об этих исследованиях, если бы перед нами просто предстал больной с таким статусом и с таким анамнезом, я думаю, что диагностика была бы сразу резко сужена.

Можно ли говорить здесь о том, что это ВИЧ-инфекция, которая дала такой психоз? Я очень сомневаюсь во-первых. Во-вторых, конечно, когда мы говорим о ВИЧ-инфекции, это картина, которая бесспорно — хотим мы или не хотим — ставит печать определенного органического страдания. Сказать, что здесь был сформирован органический психосиндром, который бы очень очевидно вылезал за рамки этого шизофазического состояния с речевой разорванностью, мне трудно.

Здесь говорили о том, что, по-видимому, это энцефалопатия. Наверное, это состояние развилось у больного, страдающего теми или иными органическими особенностями. Может быть, так оно и есть, я это не могу отрицать. Но в психическом статусе его в настоящее время я этих отзвуков органического поражения, к сожалению, не вижу. Хотя здесь есть и анализы, и исследования, и разговоры об энцефалопатии и так далее. Может быть, это скорее неврологический уровень. Но психический статус немножко другой.

И тут даже трудно сказать, что у него есть мнестические расстройства. Мне кажется, что здесь кроме осколков этого бреда, кроме вот этих каких-то парафренных моментов, наверное, есть еще и обилие конфабуляций, как это полагается. Пришли ли эти конфабуляции из парафрении, которая, возможно, была не только экспансивной, но и конфабуляторной, или же речь идет о расстройствах, которые привнесла в себя шизофазическая картина — сказать трудно. Потому что мы хорошо знаем, что в ряде случаев при развитии шизофазии идет вторым планом развитие вот такой парафренной симптоматики, которая начинает

менять свою картину и становится всё больше и больше оторванной от реальности и которая, как часто говорят, абсолютно никак не управляется и не детерминируется деятельностью мозга.

И вот, я не знаю, но тут уже есть определенные мнения в отношении будущего этого больного, его собираются переводить в инфекционное отделение и так далее. Я бы все-таки попытался его лечить, лечить как больного, страдающего психическими расстройствами. Я понимаю, что лечить больного шизофазией дело не очень благодарное. Но я всегда вспоминаю очень далекие времена, когда мы только начинали испытывать аминазин, и когда аминазин был фактически единственным препаратом, который был в нашем распоряжении и который, кстати, применялся значительно более широко, чем в настоящее время. Я знаю точку зрения Григория Яковлевича Авруцкого, который считал, что аминазин надо отодвинуть и что это прошлый век и так далее. Но я очень хорошо помню, что был только аминазин, и этим амиразином мы лечили достаточно долго. Я помню, как была определенная установка Андрея Владимировича Снежневского: лечить больного не меньше 4 месяцев, и после этого решать вопрос о том, что этот препарат, по-видимому, или неэффективен, или больной резистентен к этому препарату. И всегда вспоминаю одну больную, даже фамилию ее помню, которая страдала шизофазией и находилась у нас, пройдя все маньяновские этапы параноидной шизофрении. И ее, между прочим, от шизофазии, как это не покажется странным, вылечили — отбросили на предыдущий этап, когда у больной имела место парафрения.

Поэтому я думаю, что здесь как-то совершенно не прозвучала психиатрическая помощь этому больному. Наверное, ему что-то дают и чем-то его лечат. Но,

по-моему, в настоящее время полностью отдавать его на откуп инфекционистам, кому бы то ни было, но не психиатрам, не совсем правильно. Вот такое у меня представление о больном.

Пожалуйста, если есть вопросы.

Врач-докладчик. С 16-го по 2-е он получал клопиксол депо, галоперидол перорально по 10 мг и циклодол. И с момента данного поступления: галоперидол по 10 мг перорально, циклодол он принимает.

Ведущий. Но я бы в данном случае все-таки не галоперидол, конечно, назначал.

Врач-докладчик. Аминазин перорально?

Ведущий. Нет, я не знаю, но если есть, то хотя бы трифтазин или что-то такое, какой-то более глобальный препарат, чем галоперидол, который все-таки достаточно узко действует на пациентов.

Л. С. Ларина. Александр Сергеевич, извините, пожалуйста, я хотела спросить. В 1999 году он вышел из мест заключения. Сейчас 2012 год. Сколько лет надо, чтобы шизофазия так развилась? Много надо лет, а ему 33 года. Смущает, что времени мало прошло для шизофазии.

Ведущий. Достаточно. Во-первых, я не знаю, если это параноидная шизофрения, какой это вариант — галлюцинаторный или бредовой. Если это галлюцинаторный вариант, что не исключено, хотя имеют место и психические автоматизмы, подобная продолжительность от первых признаков заболевания до формирования шизофазии составляет от 8 до 11 лет. А может быть, он и юношеский больной. Это тоже не исключено. Юношеская параноидная шизофрения, которая может начаться с психопатоподобных расстройств, и тоже заканчивается шизофазией. Кстати, может быть шизофазия с кататоническими включениями, что у него не исключено.

РЕКОМЕНДУЕМ

Д. Л. ВЕНЕДИКТОВ, Е. Б. ЗЛОДЕЕВА

под ред. А. Г. Саркисяна

НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ПИРОГОВ:
вопросы жизни, истории и современности

М., Dezigan.ru, 2010

*Жизнь Пирогова, история Пироговских съездов
и независимый экспертный анализ современного состояния здравоохранения,
а точнее, кризиса здравоохранения в России и СНГ.*

*Почему по обеспечению медико-санитарной помощи населению
Россия на 130-м месте?*

Невроз, обустройство жизни, государственное устройство¹

Якоб Клези

II

А что здоровый? Всегда ли он знает, чего хочет? А если знает, то всегда ли стремится к этому? Всегда ли он действует прямо, целеустремленно, всегда ли ему хватает выдержки до конца? Всегда ли он настолько убежден в правильности и целесообразности своих действий, что совершенно исключены такие чувства, как недостаток основательности и последовательности и, как следствие, противоречивость? Не одолевают ли его порой внезапные сомнения, чувства собственной слабости и несостоятельности? Не возникает ли подчас разочарования, не отступает ли он на полпути? Всегда ли ему хватает искренности и мужества называть вещи своими именами и открыто браться за них, так что налицо полная ясность его намерений, не допускающая иного толкования? Или здоровые, как водится, живут по пословицам “Слово — серебро, молчание — золото” и “Лучше синица в руке, чем журавль в небе”? И, может быть, они помнят, что человеческий опыт говорит о другом, а именно: желательно держать свои дела в тайне и довольствоваться малым, если не вовсе никчемной подделкой?

Разве характеризует аффекты (удовольствие, не-удовольствие, подавленность) и их действие тот факт, что с их угасанием меняются и ассоциации, оценки и намерения, порожденные этими аффектами и ставшие целью, и далее, что выражение и проявление аффекта является одновременно и его разрядкой и завершением? Тогда, следовательно, если успешное действие не достигло цели, то соответствующее ему представление движения в сознании усилит аффект, породивший его, и это вызовет повторное проявление (в споре люди доходят до бешеной злобы, а восхищаясь чем-то, доходят до восторга)? Эти факты доказывают полное соответствие с законами психического процесса, когда после затухания той или иной аффективной констелляции возникает повышенная готовность к новым аффективным движениям в том же или другом, или вовсе противоположном направлении, проявлениям и удовлетворению которых мешает ситуация, созданная именно завершившимся успешным действием, и поэтому такая ситуация воспринимается как ненужная, отжившая, порой даже чуждая и обре-

нительная. Преодоление потребности к проявлению новых аффективных побуждений и стремлений ради стабильности определенной аффективной тенденции и волевого направления и, тем самым, восстановления готовности к повторению одного и того же успешного действия рассматривается как совершенно особое характерное действие и, награжденное такими оценочными характеристиками, как добродетель, чувство ответственности, верность, насколько последние не являются чисто психологическим сопровождающим симптомом (аффективным феноменом) определенной степени настроения, выражение которого соответствует совершенно определенной привычной языковой форме и поэтому снова и снова употребляется (оклик собаки кличкой ее предшественницы, если эта собака постепенно стала столь же любима). Но поскольку жизнь означает всё новое и новое восприятие, чувство и желание, то преодоление препятствий на пути волеизъявления не является, разумеется, одноразовым. Скорее становится правилом, что сила, проявленная для преодоления, воспринимается как утрата некоторого количества возможностей удовлетворения влечений и, тем самым, как обеднение и отказ от чего-то, а такая установка сродни сожалению и, следовательно, имеет негативную окраску. Чем чаще возникают моменты принуждения к отказу и усиливается негативный эффект, с этим связанный, тем скорее будет восприниматься успешное действие, выбранное однажды, как вынужденное; в конце концов, оно будет вызывать не чувство удовлетворения, а противоположное. Потому и происходит бунт против однообразия какой-либо профессиональной деятельности, даже если она хорошо оплачивается и выбрана по собственной воле. Или это сопротивление выполнению супружеских обязанностей и однообразию будничной рутины. Вместе с сопротивлением появляется *потребность прервать* это однообразие и рутину. Если этого не достигается, появляется недовольство, всё не нравится, возникает склонность реализовать подавленные влечения обходным путем, т.е. неврозоподобным способом.

В нашем случае прервать однообразие — это не значит просто прекратить, оборвать исполнение некой однообразной безрадостной обязанности, воспринимаемой, по-видимому, как неприятная неизбежность. В нашем случае это означает наступление состояний и процессов, которые, вследствие произ-

¹ Перевод [Е. Г. Сельской] и Е. А. Ходак; окончание, начало см. НПЖ, 2011, 4.

вольного отказа от обязанностей, воспринимаемых как обременительные, и одновременного появления новых, сильно акцентированных интересов, вносят чувство облегчения, отдохновения и освобождения и этим производят изменение установки, которая, в свою очередь, способна создать новую ситуацию с новой точкой зрения, исходя из которой прежние ежедневные обязанности оцениваются позитивно. В силу этого я предлагаю рассматривать эти временные перерывы как *изменение установки* и обозначить их словом *метахорезы*² Это может быть прогулка, отвлекающая внимание на природу и обогащающая личность. Это могут быть и занятия спортом, имеющие то же воздействие, и удачно проведенные выходные как изменение формы мышления, как это бывает, например, во время охоты, которая освежает тем, что мышление понятиями цивилизованного человека уступает место непосредственному восприятию органов чувств. Это может быть изменение жизни путем изменения ее привычных форм или места жительства (путешествия), это может быть наслаждение искусством, — всё это снимает напряжение, примиряет с жизнью и дарит радость, обучая нас по-другому воспринимать мир, по-другому расставлять акценты, показывая нам другие ценности, перед которыми наши собственные бледнеют, или учат нас по-иному взглянуть на нашу судьбу и наши ценности и увидеть параллели с судьбой всего человечества. Такое же действие оказывают наркотики (вещества, вызывающие рауш). Но в этом случае не требуется от человека никакой работы, никакого напряжения, всё дело в том, что эти вещества меняют настроение человека, и он видит ту же самую неизменную ситуацию в другом свете, и это помогает ему адаптироваться к ней³. Наконец, это маскарад, когда человек становится неузнанным, что заставляет окружающих воспринимать этого человека как нечто новое, снова знакомиться с ним и по-новому на него реагировать и, тем самым, сыграть в новое бытие. Достаточно вспомнить состояние детей, подобное раушу, когда они при помощи маски или переодевания могут измениться до неузнаваемости. Вспомним о том, что (по крайней мере, в странах протестантизма) в канун великого поста, который (канун) потерял свое главное значение, на масленицу проходит карнавал. Это бывает не в тех странах, где из года в год принято высказывать вслух свое мнение, где форма поведения достаточно свободна, а в тех странах, в которых, вследствие большой скученности людей на относительно малой территории, сформировались определенные правила деликатного поведения, т.к. здесь люди более чем где-нибудь завязят друг от друга, и где поэтому большую роль играет, “что скажут люди”. А это порождает стремление периодически разрывать эту зависимость и эти связи и прорываться в наслаждение, прося про-

щения у ближнего — и всё это коллективно. К подобному бегству от надоевшей действительности относятся и некоторые суицидальные попытки, что особенно важно учитывать терапевту. Они случаются в разы чаще из отчаяния, что необходимо продолжать мучительное безысходное существование, чем из страха перед чем-то ужасным в будущем.

Метахоретическому выбыванию предшествует решение прервать привычный ход вещей. Встречаются состояния (усталость, малодушие, подавленность), когда просто нет на это сил, и другие (плен, кабала, душевная тупость), когда не создается ситуации, чтобы прервать ход вещей. Следствием этого становится то, что затренированное до автоматизма поведение ведет к истощению, душевному и духовному обеднению. Опасность того, что человек станет более одиноким, отупевшим и “автоматичным” тем больше, чем уже круг интересов этого человека, попавшего в колею будничной суеты и чем меньше у него склонности и способности к творческой деятельности. Потребность в метахоретических паузах проявляется скорее и отчетливее, когда удовлетворение влечений (инстинктов) осуществляется односторонне, в каком-то одном направлении и никогда — в другом, когда у человека имеются и проявляются более или менее равномерно как кратофорные, так и аристофорные задатки. Такие биполярные формы проявления я называю *“решениями (разрешениями)”*, или *зуритмиями*⁴. К ним относится профессия, служащая не только для поддержания жизни, но и дающая удовлетворение от сознания того, что производятся общечеловеческие ценности. Сюда относится и счастливая супружеская жизнь, служащая не только удовлетворению влечений “Я”, но и совместному образованию. Это и труд на благо общества, отечества и борьба за него, защита которого является и защитой себя самого. Это жертвенность и преданность идее — политической, научной, религиозной или идее искусства, если она способна пробудить чувство защищенности и спокойствия и одновременно поднять человека над самим собой и растворить его в большой всеохватной общности. Разрешениям (зуритмиям) подобны состояния благоговения и созерцательности, когда взор устремляется от личного, будничного, личных планов — в будущее, прошлое, над- и внеличностное и оттуда возвращается освеженным и расширенным в сердце субъекта. Следует вспомнить также о величии пламенной веры и стремления к действию, не принимающих в расчет отдельные судьбы, в том числе и собственную, стремление, заглушающее любые сомнения, где высшим счастьем будет послушание своей миссии для достижения поставленной цели. Из всего сказанного следует, что форма проявления тем меньше нуждается в паузах и бывает тем совершеннее, чем более разносторонней и разнообразной она является и чем более она подобна решению или зуритмии. От силы побуждений (им-

² Греч. “идти в другую сторону”.

³ Это подобно тому, когда в пути тебя несут или везут.

⁴ Из греч. “гармонический ритм”.

пульсов), понимания их значения, силы воли в осуществлении планов, способности ограничивать и отсекал лишнее, а также от условий окружающей среды и адаптивной способности субъекта зависит, насколько ему удастся себя проявить. Значение условий окружающей среды особенно ярко демонстрирует тот факт, что в беспокойные, смутные времена востребованы иные характеры, чем в спокойные и упорядоченные, и что развитие односторонне направленных инстинктивных задатков облегчается либо затрудняется, а то и вовсе исключается, в зависимости от наличия возможности проявления и соответствующего жизненного уклада. Там, где потребность делать добро и подавлять кратофорные наклонности настолько превалирует, что она уподобляется отказу от собственных интересов, а положение в обществе, личное благополучие, материальный достаток и семейное счастье не являются целью и не в состоянии удовлетворить субъекта, там без общины, подобной монастырской, поглощающей все силы субъекта и подавляющей его индивидуальность, достичь состояния эуритмии сложно, если не вовсе невозможно. Таким характерам трудно найти себе применение в так называемом просвещенном обществе, чуждом душевным порывам (чрезмерностям), обществе, настроенном только на прогресс и прибыль, тем более что государственные институты благотворительности и помощи нуждающимся гасят естественные импульсы доброты и милосердия. Поэтому у таких людей и возникают состояния разочарованности, угрюмости, раздражительности, душевного разлада, замкнутости и протеста. А у некоторых субъектов, поставленных в условия ежедневных жизненных правил и задач среднего человека, возникает тяга к приключениям и чему-то экстраординарному, что приводит к трудностям адаптации и никчемности вместо героизма и жертвенности. Поэтому уничтожение традиционных правил, дававших направление развитию личности, а также упразднение культового жизненного уклада (монастыри) многим людям не принесло ничего хорошего. Свобода в проявлении и адаптации лишь тогда означает прогресс, когда удовлетворению аристофорных потребностей отводится минимум такая же роль, как и подчинению меньшинства большинству и подчинению большинства и каждого целям и интересам общества. Иначе свобода будет означать своеволие личности или отдельных групп, и это равносильно насилию над личностью, хаосу и распаду. Следствием этого станет ненасытность кратофорных требований, отрицание, разрушение и анархия, с одной стороны, и одновременно стремление к порядку и подавлению, диктатуре и сплочению в любой форме (сектантство) — с другой. Это стремление к включению в свои ряды и подчинению является настолько естественным и основополагающим, что присутствует даже там, где только что привело к наибольшему проявлению силы или господствующему положению в созданном им обществе. Это стремление продолжает там свое действие и требует служения себе и подчинения. Поэтому

даже на вершине власти и почти полного растворения в задаче присутствует потребность в руководстве в любой форме, будь то вера или суеверие, или только лишь придирки женщины или прислуги.

Для эуритмии характерно, что она, как уже было сказано, гораздо дольше может обходиться без перерыва, чем в том случае, когда силы имеют одностороннюю направленность. Далее, если имеет место эуритмия, то она ведет, как правило, к изменениям установки, а это не значит — просто прервать прежнюю жизнь и жить совершенно иначе. Это, скорее, означает новые эуритмии или им подобные состояния, служащие новому созиданию. Если же речь идет об обычных метахорезах, то, преимущественно, о таких, которые служат наставлению, сосредоточенности и углубленности, в то время, как человек, имеющий преимущественно одностороннюю направленность и не имеющий полноценного самовыражения, стремится к таким изменениям установки, которые являются собой ощутимую, резкую противоположность его нынешнему поведению. Эти изменения приносят более отвлечение и развлечение, чем усиление и углубление общественных связей, развивающих чувства, или расширение кругозора. Если же метахоретическое развлечение не приносит отдохновения и гармонизации, то возникает опасность, что полная удовлетворенность будет возникать всё реже, и будут утрачиваться целеустремленность желаний и действий, а также чувство единения с ближним и обществом. В более поздних состояниях морального падения потребность в перерывах столь высока, что одна пауза должна сменять другую; совершенно редуцируется способность воссоздания личности, способность неравнодушной переработки переживаний и теплый интерес к ближнему. В конце концов, становится невозможно начать что-то новое, даже метахоретическую паузу, поскольку это предполагает некоторую долю участия и собранности, становится невозможным напряжение (старание). Человеку остается лишь продолжать свою одностороннюю деятельность вплоть до полного внутреннего опустошения, или человек приходит к употреблению наркотиков (это его “паузы”), которые, как уже указывалось, не требуют энергетических затрат. Я, разумеется, не утверждаю, что любые изменения установки относятся к этому типу или что причиной этих изменений стал алкоголь. Я знаю, что совместная трапеза может быть выражением чувства единения, и тем скорее она может перейти в разряд чрезмерного, хотя в основе этого могут лежать традиции и аристофорные побуждения.

Целью наших действий и желаний является удовлетворение инстинктов и достижение, тем самым, чувства счастья. Будет ли это достигнуто, зависит от тех же самых условий, которые мы считали существенными для достижения такой формы проявления, которая была бы наиболее приближена к эуритмии. К этим условиям относятся: сила побуждения, понимание его значения, сила намерения осуществить задуманное, способность ограничить лишнее и отказаться

от него, состояние окружающей среды и адаптивная способность субъекта — словом, если абстрагироваться от врожденной силы влечений (инстинктов) и положения в окружающей среде, то всё зависит от духовных моментов и качеств характера. Поэтому важнейшим условием для достижения наиболее полной радости жизни является *самопознание*. Однако, о самопознании: следует особо подчеркнуть, что мы живем в век настолько же достойных сожаления, насколько несерьезных унижительных требований экспериментально определять, к какой профессии человек пригоден (хотя эксперимент устанавливает, скорее, ловкость и навыки испытуемого). Истинное самопознание имеет столько же общего с познанием себя в смысле приобретенных навыков (мы только что о них говорили) и, по возможности, письменно зафиксированных результатов экспериментов, сколько хорошо подбитые подошвы прогулочных ботинок (я не говорю: “безопасная дорога”) — с компетентностью проводника в горах. Ведь даже способный человек, чтобы правильно воспринять и понять даже простой предложенный текст или картинку, должен определенным образом настроиться на предлагаемый материал, т.е. помимо способности понимания проявить личное участие и “целостное действие”. Тем более это касается удовлетворительного выполнения и успешного одоления какой-то жизненной задачи. Поэтому в этом деле станут надежнейшими поручителями не многогранность и качество интеллектуальных свойств и мануальная и художественная одаренность, а желание создавать, отдавать, быть ответственным, способность концентрироваться на поставленной цели, усердие и верность задаче и — в качестве чистейшего и надежнейшего источника счастья — великодушие, благодарность и здравый смысл, — добродетели, которые мы наблюдаем и которыми восторгаемся при адаптации человека к коллективу, при воспитании молодежи, как знак способности к самоотречению и величия души; это мы иногда видим и у животных при особо благоприятных условиях заботливой доместики. Но всё это — особенности характера, т.е. формы реакций или формы переживаний целостной личности на различный опыт и поведение, как это проявляется в юности, иногда в игре и в дружбе, но никогда — на экзамене и, тем более, в искусственно созданной ситуации или в ситуации “вопрос-ответ”. А потому следует вспомнить старое правило, что надо спрашивать у друзей детства и фронтовых товарищей, чтобы узнать, чем в действительности является тот или иной человек.

Таким образом, самопознание касается, в первую очередь, знания характерного поведения или форм переживания. Правильно понятое, оно не приведет к тому, что личность начнет гордиться повышенной свободой действий и бесцеремонностью как выражением индивидуальности — зачем нужна такая личность! Напротив (вспомним нашу пациентку с клептоманией), главное здесь — постараться достичь цели, поставленной перед собой, учитывая свои личные особенности и условия внешней среды, и старать-

ся, неустанно трудясь, достичь оптимальных результатов. При этом стремление подогнать свои намерения точно под имеющиеся силы и ни граном больше ведет к уменьшению энергии и поэтому противоестественно. Ведь постоянным стимулом к деятельности является желаемый результат, достижимый не при любых обстоятельствах, а только при благоприятных. А удовлетворенность малым, согласно менее оптимистичным оценкам, ведет к застою и упадку. Но, прежде всего, из самопознания вырастает согласие с самой собой, согласие быть таким, каков есть, и не трубить об этом повсюду, а тихо знать про себя и неустанно стремиться к гармонизации и зрелости, прощающему пониманию ближнего и мужеству идти предначертанным путем. Простодушный человек больше не будет упрекать себя за то, что дал себя провести, т.к. он понял, что для него подозрительность — мука и омрачение души. Щедрый смирится с тем, что его иногда эксплуатируют, т.к. трястись над своим добром для него неестественно и было бы душевным обеднением. Опротечивый и безрассудный, позволяющий увлечь себя, но чистый сердцем утешится библейским: “Блаженны вы, когда будут поносить вас и гнать и всячески неправедно злословить за Меня. Радуйтесь и веселитесь, ибо велика ваша награда на небесах”. А тот, кто не умеет выгодно устроить свою жизнь, кто трудится и мучается, узнает, что любовь — единственное богатство, и не играет роли, направлена ли она на животных, доверенных человеку Богом, на Землю или на другого человека, и это единственное богатство, которое умножается, когда его растрачиваешь. Каждый из этих людей, не ведая того, становится стяжателем “Духа Святого”. Тот вклад в общее дело, который человек осуществляет своим трудом и который он сам воспринимает как муку и свой крест, может быть небольшим, но он подает всем хороший пример — пример поведения и умонастроения человека, который, решительно и уверенно идя своим путем и осознанно исполняя, что должен, является утешением и образцом поведения для всех, кто это понимает.

И всё же можно и с самопознанием оставаться несчастным покинутым горемыкой. Столь же властным, как влечение к кратофорному наслаждению и самоутверждению, является у здорового среднего человека, более предрасположенного к аристофорным переживаниям, стремление к единению, подчинению и руководству. Это, повторяем, настолько властное стремление, что даже пророк и основатель ведущей идеи лишь тем обретет душевное равновесие, что сам станет служить этой идее, подчинится ей так же, как и весь коллектив, и, будучи сам вождем, жаждет водительства. О возможностях, отвечающих потребности в руководстве, я говорил в 1922г. во время доклада о значении и применении трудотерапии, сделанного перед невропатологами и психиатрами в Карлсруэ. Я утверждаю, что эта потребность не менее сильна, чем стремление к самосохранению и дальнейшему развитию. Эта потребность пробивает себе дорогу, как бы ни были велики помехи и препятствия, создаваемые

невежеством, равнодушием, неправильно понятым смыслом или не имеющим определенного направления политическим положением. Поэтому за религией Откровения, когда ее хотели упразднить, последовала религия здравого смысла. А сегодня при схожих обстоятельствах ей придет на смену религия государственного сообщества и национального единства. При этом, правда, останется открытым вопрос, насколько схож с верой по своему лечебному воздействию эрзац, цель и содержание которого коренится в преходящем, несовершенном и связано с определенными человеческими слабостями земной жизни. Прежде я говорил об объединяющей идее государственности. Эта идея вошла мне, выросшему в одном из старейших земельных кантонов, в плоть и кровь. С тех пор эта идея стала историческим фактом многих стран. Однако мои сомнения относительно культовой веры, возникшие от знания тщетности человеческих трудов и прошедшего бытия, сомнения в объединяющей, дающей чувство защищенности, уравновешенности и умиротворения силе религии здравого смысла или идее народного единства подтвердились. Мы видим, что именно там, где государство хочет быть чем-то большим, чем только политической формой общества, а именно — воплощением и носителем идеи спасения, там, совершенно логично и психологически закономерно доходят до того, чтобы освятить и упрочить идею национального единства мифом о крови и земле и установить, таким образом, связь со всеми прошлыми и будущими поколениями. Куда заведет эуритмическая мощь такой идеи, т.е. насколько она в состоянии объединить своих последователей в некую общность, поддержать и укрепить их во всех их стремлениях и действиях и одновременно возвысить над самими собой и воодушевить — это будет зависеть не только от того, насколько ей удастся внушить и поддержать веру в несомненно более высокий порядок и высшую справедливость и целесообразность. Куда приведет эта идея, будет зависеть от того, как каждый ее сторонник сможет ее понять и воплотить в жизнь. Ведь для членов верующего во что-то сообщества очень важно, чтобы это членство означало, что тебя примут, простят (помилуют), пригласят к взаимопомощи, и это тем нужнее, чем сильнее борьба. Здесь следует вспомнить слова апостолов: “Говорю так не потому, чтобы я уже достиг или усовершенсился, но стремлюсь, не достигну ли я как достиг меня Христос Иисус”. Трудно себе представить, что так мог говорить кто-то, столь неколебимо уверенный в идее, в победе и смирении каждого человека или общества в целом.

И еще о роли отдельной личности на службе ведущей идеи: эта идея предполагает определенную готовность личности и деятельное участие. Из всего сказанного о стремлении к метахоретической паузе и овладении этим стремлением и преодолении его явственно следует, что такая готовность должна всё время вновь и вновь подтверждаться. Для этого от индивида, помимо аристофорного стремления слушаться и подчиняться потребуется способность принимать ре-

шения, и всё новые и новые решения. Поэтому признание себя сторонником (идеи — Е. С.) и сотрудничество лишь тогда внушают доверие, когда в их основе лежат подобные решения, и эти последние должны быть приняты индивидом добровольно. Соответствующее воспитание может создать необходимую духовную восприимчивость и подготовить желательные решения, и особую роль в этом играет личное и общее бедственное положение. *Однако есть часть нас самих, и самая “сердечная” часть, которую невозможно потерять и которая определяет нашу судьбу — это наше мировоззрение, руководящая идея или вера, выросшие из противоречия наших собственных сомнений и размышлений, нравственных чувств и надежд, которые мы выстрадали и добровольно приняли.* Только о них мы можем сказать, что это лучшая часть нас самих. Только за них мы хотим отвечать при любых обстоятельствах, лишь ради них всё претерпеть и всё потерять. Только они — выражение того, чем мы хотим стать в наши лучшие часы и чем хотим остаться в наши худшие часы. Только они — воплощение звенящей личности, чуждой всем земным искушениям. Именно они имеются в виду, когда говорят: “Стань тем, кто ты есть!”

III

Остается рассмотреть вопрос о том, как влияет государство на развитие личности. Следует подчеркнуть, что роль государства в жизни отдельного человека двояка. С одной стороны, государство — это часть окружающей среды, к которой индивиду следует приспособиться, как и к другим данностям (социальные отношения, местность, дух времени). С другой стороны, влияние государства на отдельную личность — это процесс, в котором эта личность участвует и который в этой личности происходит. Конечно, речь идет о здоровой личности, у которой существует определенное влечение к участию в создании государственного или подобного государству общества, если таковое отсутствует. Это аристофорное влечение к объединению с кем-то, к подчинению, к самоотдаче и жертвенности — влечение, побуждающее к образованию сообщества и этим дарящее счастье. Разумеется, если речь идет об адаптации к этой части окружающей среды, то она будет происходить тем легче, чем свободнее будет форма государственного правления и чем больше возможности она даст для развития и проявления личности. Но если свобода по недоразумению идет в ущерб обязательствам перед государством и его членами, то максимальную выгоду получают лишь кратофорно настроенные (преимущественно или полностью) эксплуататоры, хитрецы и лодыри, считающие любой отказ от личной выгоды потерей, а любое устранение всех обязательств выигрышем. А средний человек, нравственный, с достаточно сильными аристофорными тенденциями, стремящийся к созданию общества, человек, для которого общество и отечество — неотъемлемые части его

жизни, лишь в том случае сможет говорить о полном своем участии и развитии своей личности, когда, вопреки всякому ослаблению взаимных обязательств и связей в обществе, всё же существует в достаточной мере потребность в самопожертвовании, или же эту потребность можно заменить похожим способом самопроявления личности, но в другом направлении. Потому-то в спокойные времена, протекающие без значительных потрясений, и в государствах, где от членов общества в силу очень широкого понимания свободы требуется минимальная степень самоотдачи и жертвенности, и возникает поиск всевозможных поводов к разного рода благотворительности и помощи ближним. Порой удовлетворение потребности в совместном переживании выливается в создание клубов (объединений) и празднование государственных и народных праздников⁵. О неудовлетворенных аристофорных тенденциях говорит и защита от неприятной эмоции, возникшей от того, что силы и способности индивида не находят достаточного применения, они недостаточно “исчерпаны”. Это и ненасытное стремление к всё новым метахорестическим паузам и удовольствиям и, вместе с тем, так сказать, в обход естеству, неутомимость требований и претензий к государству. Наконец, это выражается во всё возрастающей готовности недовольных активных субъектов к вредным экстремистским и целительским учениям, это усиливающееся стремление к разрушению и его внезапные разрядки. Следствием всего этого является неутешительный факт, что среди недовольных и нападающих на всякое строгое установление находятся — наряду с психопатами всякого рода и неполноценными субъектами — также и разочарованные энтузиасты и пламенные патриоты, в то время, как лица, наживающиеся на падении государственности и ослаблении в этой связи взаимных обязательств относятся, вместе с прочими врагами народа, к лагерю сомнительных защитников государственного порядка. Нет ничего удивительного, — а с точки зрения учения о неврозах — это естественный терапевтический процесс, — что в такие времена беспавосного однобоко индивидуалистического “прогресса”, где всё одно и то же, где государство опускается до уровня равнодушной продовольственной организации, стремящейся по возможности более дешево накормить население, вдруг, внезапно наступившее бедственное положение и внешняя опасность или же единичные, еще незначительные проявления волевых целеустремленных действий со стороны высшего руководства страны, подозреваемого в слабости, оказывают сильнейшее освобождающее, объединяющее

⁵ Этот факт частично объясняет неестественно высокое потребление алкоголя в Швейцарии относительно других стран, что свидетельствует о зашедшем (к сожалению!) в тупик гипертрофированном чувстве единения нашего народа, о его огромной любви к отечеству и о силе национального духа. Я этим вовсе не утверждаю, что надо отменить все наши праздники.

народ действие — мы это можем повсюду наблюдать. Угрозы и потрясения мирной благополучной жизни того или иного общества воспринимаются сторонним наблюдателем только как бедствие для страны, как несчастье. Ведь этот наблюдатель видит определенные лишения народа и потерю комфорта, но не представляет себе, какой душевный подъем и какое счастье испытывает этот самый народ от вновь обретенного, ставшего явственным для каждого гражданина единения, ставшей явью возможности высочайшего самопожертвования ради общего дела и возможности почувствовать восхищение от выполнения надличностной задачи. Люди, непосредственно это пережившие, открывали в себе порой аристофорные тенденции и “лучшую часть себя”, и это дарило им состояние счастливого восторга. Иногда бывает достаточно отблеска далекой опасности, чтобы призыв к объединению поднял народ. Как прискорбно бывает, когда высшие руководители государства по неведению, пренебрежению, эгоистической ограниченности и холодности чувств принимают инстинктивную потребность здорового народного духа к самоотдаче и жертвенности за сомнительные (нечестные) требования, обузу или хмурую покорность судьбе и своими обещаниями и даже ложью заранее обесценивают подвижнические действия народа, парализуют его сплоченность и своей нерешительностью и равнодушием поощряют вредителей, везде и всюду ищущих свою выгоду и только поджидающих удобного момента. В каждом здоровом человеке, способном к общечеловечности, живет желание чувствовать себя частью общества, быть им защищенным и раствориться во вне- и надличностном. Освобождающее действие созерцательного погружения и благоговейного подчинения, способность к религиозному переживанию и совершенно особо — к коллективному религиозному переживанию, восторженность во время празднования государственных дат, боевой рауш и жажда подвига — вот признаки этого. Задача всех руководителей и воспитателей направлена в данном случае не на разъединение, как это делается при однобокой подготовке к борьбе за место в жизни, а на объединение, на пробуждение духа.

О государственном воспитании писал уже *Николо Макиавелли*, один из величайших политических мыслителей и писателей всех времен. Он писал, что направленность внимания на задачи государства (государственного сообщества) и идентификация с ним тем ближе и живее (для отдельного человека — Е. С.), чем убедительнее и осязательнее общество выступает как целостная единица. Разумеется, такая возможность представляется маленькому государству из-за небольшого пространства и больших сфер соприкосновения его членов гораздо чаще и бывает глубже, чем очень крупному государству. Кто не вспомнит об огромном воспитательном влиянии Земельных общин наших горных Кантонов, и среди них совершенно особо — влияние Гларнской общины. Гражданин, подобно Римскому сенатору, приводит на заседание

своих сыновей для того, чтобы они с ранней юности приучались считать государственные дела своими собственными. Этим достигается то, что юноши уже в двенадцать-четырнадцать лет знают наиболее активных ораторов и их политическую направленность и считают государственные дела столь же важными, как и личное благополучие. Отсюда целесообразное стремление и в других областях распределить напряженность и сплоченность государственной и партийной жизни по мелким подчиненным организациям — окружным, деревенским и т.д. Мы добились в наших старейших досточтимых государственных институтах противоположного: мы заменили заседания, на которых обсуждались и принимались законы, избирательными учреждениями, а свободное и ответственное выступление — анонимным голосованием, что, собственно, означает смерть демократии. Кроме того, мы, вопреки всем демократическим общинным обычаям, недооценивая оживляющего и воспитательного смысла государственной символики, не только упразднили всё, что наглядно демонстрировало нашу преданность государству, а также его силу и мощь, репрезентировало единение народа и это единение постоянно укрепляло. Мы, к тому же, лишили наших руководителей ореола представителей воли народа и его благороднейших черт, мы смотрим на них, как на обыкновенных людей и теперь приглашаем их лишь на открытия ежегодных ярмарок.

Макиавелли также справедливо указывал, что каждое государство лишь до тех пор живо, пока оно является воплощением определенной идеи и живо ее выражает, будь то расовая, национальная или наднациональная идея, как это имеет место в Швейцарской Конфедерации. Эта идея тем скорее станет личной идеей каждого гражданина, чем более живым и способным к развитию будет союз ее представителей.

Дальнейшим условием для самозабвенной преданности делу общества является непоколебимость и справедливость его судов. Другими словами, каждое государство живет в сердцах своих граждан лишь до тех пор, пока оно является правовым государством. Человек не может быть осужден, если он не предстал перед судом и не имеет защитника — вот основное требование Западной культуры. Столь же важным для безошибочных решений суда и приговоров является назначение судей и общественных обвинителей в соответствии с их квалификацией, а не партийной принадлежностью. В этом отношении у нас также налицо признаки упадка.

Живительная и привлекательная сила государственной идеи основывается, прежде всего, на целеустремленности и прочности политики государства и правительства. Это касается, в первую очередь, демократии. Если при монархии, диктатуре, при господстве какого-либо определенного класса или теократическом государстве объединение государственнообразующих тенденций осуществляется — в том числе и — с помощью влияний, не основанных на тесной связи членов общества с его руководителями (любовь к

царской фамилии, харизма вождя, страх перед строгостью наказания, покорность, религиозность), то в демократическом государстве подобная тесная связь означает всё. Если руководители демократического государства не имеют в виду поступиться основными принципами демократии, то они не должны оказывать давление на развитие и проявление чувств солидарности, единства и требовать верности определенному мировоззрению. Тем более важно, чтобы воля общества проявлялась и осуществлялась так непоколебимо, ясно и определенно, чтобы пробудить интерес к государственным делам и добиться участия в них, по возможности, всех членов общества. Мы уничтожим убедительную и победоносную силу общественной воли и общественной идеи, если захотим угодить всем и удовлетворить все исключительные притязания. Это приводит не к сплоченности, а к распылению и разъединению. И никакое школьное воспитание не поможет возместить то, что упустило слабое правительство — заложить в молодом человеке понимание, что такое задачи государства и обязанности гражданина. В этом случае спасти положение может лишь смена правительства. Наконец, условие для идентификации с государством — необходимое жертвенное подчинение авторитету высшего руководства страны — также остается невыполненным, если лица, занимающие ответственные посты в государстве, ограничиваются лишь исполнением того, что им предписано, даже в том случае, когда они к этому подходят сознательно, т.к. государственный деятель должен обладать способностью предвидеть потребности и возможности и в соответствии с этим строить свою политику. Государственный деятель при демократической форме государственного правления — выразитель не только воли народа, но и того, что еще только ждет своего проявления, что истинные патриоты лишь смутно угадывают в будущем общества.

Если до сих пор речь шла о зависимости личности от формы государственного правления, где это правление играло роль окружающей среды, к которой следует личности приспособиться, то теперь речь пойдет, наоборот, о культурном и политическом влиянии, которое оказывает отдельная личность на формирование государственных структур как процессе. *Такое влияние на жизнь государства, как побуждаемое инстинктом сотрудничество в организации жизни государства тем более гарантировано, чем более многочисленны и широки индивидуальные права граждан. Как правило, эти права достигают своего наибольшего осуществления при демократической форме государственного правления. В силу этого, демократическая форма правления снискала славу формы правления, гарантирующей взаимное претворение в жизнь личных и общественных интересов и их взаимное стимулирование до их зуритмического завершения и, в силу этого, наиболее полно отвечающей человеческой потребности в совершенствовании.* Здоровье означает в данном случае способность к наслаждению и приспособ-

соблению к жизненным задачам. По отношению к государству это означает честность убеждений и согласие на жертвы со стороны его членов и способность адаптироваться к требованиям времени и другим задачам настоящего и будущего. При этом возможно, что к признакам здоровья, понятого таким образом, относится и готовность к временному сокращению, даже упразднению основных положений конституции. Так же, как здоровый человек должен быть в состоянии когда-то спать на камне и питаться хлебом с водой, так и демократия, во времена, когда государство в опасности, должна, если для победы требуется крайнее напряжение всех сил и воли, обходиться без гражданских прав и свобод в их высшей степени проявления, — свобод, которыми в другие времена демократия по праву гордится. Для подобных случаев создатели нашей конституции предусмотрительно снабдили бундесрат неограниченными полномочиями, а генералов на время ведения войны — диктаторской властью и приняли с этой целью соответствующие законы. “Демократия в опасности!” Хорошо бы, чтобы мы и в мирные времена чаще вспоминали этот лозунг. Однако, когда отечество в опасности, то горячий интерес к сохранению всяческих демократических установлений проявляют лишь те, кто в спокойные времена их попирают.

Но это не значит, что адаптивные способности и здоровая государственность требуются только во времена экстраординарных событий. Теперь мы знаем, что человеческое стремление к метахорестическим паузам (изменениям) является глубоко инстинктивно обусловленным. Это влечение, разумеется, имеет свое выражение и в жизни государства и общества, если эти последние являются функцией личности. Поэтому и здесь имеют место постоянные изменения и обновления. Если форма государственного правления к этому непригодна, а в ее основе лежит насилие над инстинктами (влечениями) и жизнью, если она находится в непримиримом противоречии с потребностью народа в самовыражении, то такую форму государственного правления сменяет другая.

Этот факт нашел свое выражение уже у *Платона* и *Аристотеля* в учениях о закономерной, подобно круговороту сменяющейся последовательности различных форм государственного правления. Это принял и *Макиавелли* и положил в основу философских теорий государственности. *Платон*, с его идеями о постепенной победе народа над эгоистическими влечениями (инстинктами) и неблагоприятием в действительности видел, как господство лучших [монархия, аристократия, тимократия (так в тексте — Е. С.)] превращается в олигархию, демократию, анархию и тиранию. *Аристотель* позже полагал, что этот круговорот обусловлен множеством реальных причин и различнейших идей и что любая форма государственного правления может — и даже должна — непосредственно переходить в другую, если для этого созрели условия. Этим учениям, по всей видимости, противоречат факты: существуют демократии, которые так

же стары или еще старше, чем подобные гипотезы, по меньшей мере, гипотеза Макиавелли. Конечно, на это можно возразить, что ни монархия адвокатов, ни господство партийных функционеров не являются демократиями. Далее, жизненные перемены, характерные для определенного времени, протекают тем спокойнее, чем более древними и более укоренившимися являются определяющие политические направления и чем более отточены и самостоятельны политические суждения каждого гражданина, а это — альфа и омега каждой демократии. И, конечно, ошибочны те гипотезы, которые в самом начале любого общественного образования и политического развития предполагают анархию и хаос, из которых постепенно разовьются порядок и сплоченность. Эти гипотезы находятся в непримиримом противоречии с основополагающим опытом учения о неврозах. Не может быть, чтобы первые люди жили в одиночку и были друг другу смертельными врагами. Напротив, с самого начала они были побуждаемы аристофорным стремлением к поиску объединения и создания таких сообществ, как род, клан или объединение на основе общей территории. Скорее следует предположить, что такого рода объединения напоминали семью, и, как и в семье, связи в этих сообществах были тесными, а управление скорее жесткое и тираническое, чем мягкое. Такое управление оправдывалось и суровостью “борьбы за существование”, которую человек не мог вести в одиночку. Изменения наступили лишь с переходом от кочевничества к оседлости и занятию земледелием. Видимо, тогда, в обрабатывании собственного земельного надела и получении прибыли было положено начало индивидуалистического развития и демократических тенденций. Позже они снова были утеряны, когда крестьянин утратил исконные мужские права и обязанности, а именно — носить оружие и защищать свою землю, поскольку образовалась особая каста — каста воинов, где эти права сохранились и достигли наивысшего расцвета.

О чем еще говорит наше изложение противоположности кратофорных и аристофорных тенденций и побуждений к метахорезам? Это следующее наблюдение. Чем сильнее проявлялась воля к самостоятельности, и чем больше эта воля начинала противопоставлять собственные цели целям общества, тем явственнее была необходимость в создании культа отечества, который давал бы всё время новое пластичное выражение общим и объединяющим моментам и приводил бы всех, кого это касается, к общим помыслам и чувствам. Потому-то и была сложена “Песнь о Нибелунгах”, “которые, каждый сам по себе, самодержавно правили в своих отдаленных замках. Свобода и самостоятельность послужили тому, что они стали столь сильными личностями, что хватило нескольких штрихов, чтобы нарисовать портрет каждого из них, отличного от других” (Макс Э. Либург). Перед лицом опасности они клялись кровью быть верными друг другу. Товарищи по борьбе давали в полночь клятву верности и создали этим символ, ко-

торый и позже во всех странах Запада нередко доказывал свою объединяющую силу; он будет жить и дальше. Культовые действия, направленные на поддержание и углубление любви к Отечеству, не затерялись и не истощились в древних союзах и клятвах и их позднейших повторениях — стоит вспомнить уже упомянутые традиции Швейцарских Земель, где и по сей день перед экипажем Председателя Кантонального правительства несут скипетр и меч, а гражданин, повстречавшийся на дороге, сняв шляпу, стоит на обочине, пока экипаж не проедет мимо; вспомним также Крестный ход во времена военных празднеств. Надо заметить, что ведется борьба против отечественных традиций и их культового оформления, эти традиции объявляют смешными, устаревшими и отжившими свой век. В Швейцарии обременяли народ разговорами о демократической потребности в представительстве, при этом неверно поняли или извратили понятие республиканской простоты, с педантичной придирчивостью требовали от героических саг фактической точности, надоедали военными празднествами, Крестными ходами с ложно-прогрессивной понятностью и народными гуляниями, заменяющими праздничный повод к объединению и взаимному сближению людей шумными увеселениями всякого рода. Разве гражданин демократической страны, честный человек, слыша похвалы в адрес своего правительства (которое его же и представляет), испытывает не те же самые чувства, какие испытывал бы, если бы хвалили его дом и сад, созданные им самим? Может быть, для нас, швейцарцев, было бы более лестно, если бы Вильгельм Телль жил в действительности и действовал именно так, как гласит легенда? Может быть, и среди народа-бездельника может родиться герой и “показать класс”? Но народ бездельников не может ни создать легенды, ни породить героев, поскольку у него в этом нет потребности.

Разумеется, что древнейшие традиции, служащие сохранению и прославлению общинного чувства и любви к отечеству, кажутся смешными и ненужными, если не находят отклика в душах людей. Разумеется и то, что необходимый отклик появляется в народной общине, в народном единстве и любви к отечеству, а любовь к отечеству является древнейшей потребностью народа. Если же кто-то хочет применить насилье по отношению к символу единства, пробуждающим чувства и объединяющим людей, и тем самым, к этому самому единству, то это можно сделать и с помощью бездельников из безземельных крестьян, космополитов и прочих жителей нашей планеты.

Я думаю, что именно теперь, когда я говорю о преданности государству, почитании государства и углублении и усилении этих чувств при помощи демонстрации его мощи и величия, именно здесь, в Берне, меня правильно поймут. Вся славная история нашего государства свидетельствует о том, как глубоко укоренилась идея государственности. **Якоб Штемплфи** и **Эмиль Шенк**, образ которых неизгладим из истории нашего государства, перенесли свою граждан-

скую гордость и пламенную любовь к отечеству в политику Швейцарии. Да, и по сей день, когда люди приезжают в наше государство, то думают, что это образцовая государственность!

* * *

Мы подошли к завершению. Человеческую жизнь невозможно измерить и взвесить. Не только нужды живота следует удовлетворять, но и потребность в опоре, руководстве и включении во вне- и надличностное. Мы полагаем, что проблема поиска счастья решена тогда, когда удовлетворяются аристофорные и кратофорные влечения. При таком положении человек меньше всего нуждается в метахорестических паузах, а если и нуждается, то этими паузами будут изменения установок, служащие созиданию, обучению и углублению. *К такому положению относится самоотверженная деятельность в государственном сообществе, причем эта деятельность осуществляется не по принуждению, а в силу страстной потребности участвовать и помочь общему делу. Это служит человеческому стремлению к личностному совершенствованию, если этому совершенствованию, частью которого является в том числе и зрелость и верность своим политическим убеждениям, предоставляется максимальная свобода. С другой стороны, фундамент государства тем прочнее, чем более это государство опирается на свободу преданных граждан.* Я говорю “гражданин”, но не “гражданин”, хотя стремление к образованию сообщества и жертвенность, самоотверженность являются сильными сторонами именно женщин. Дело в том, что проявляющаяся в постоянной самоотдаче и готовности на жертвы инстинктивная потребность опираться на кого-либо, подчиняться и жертвовать у женщин в целом настолько превышает стремление к самостоятельности и независимости, что стремление к послушанию становится у них преобладающим. Избирательное право женщин, активное и пассивное, становится, по моему мнению, — в особенности в критические времена и в тех случаях, когда большинство населения составляют женщины — предвестником авторитарного государства, авторитарность которого возникает вовсе не из-за возникшей внешней угрозы и поэтому составляет угрозу для демократии.

Те же условия, которые необходимы для плодотворных взаимоотношений между гражданином и государством, необходимы и для поддержания межгосударственных связей. Последние обеспечат культурный прогресс лишь в том случае, если каждый член союза сможет создать и сохранить собственное лицо, а взаимное уважение к такой самоидентификации станет действенной силой союза. А стремление к противоположному, т.е. сделать всех людей одинаковыми, ведет либо назад к варварско-азиатской орде кочевников, либо к безобразной серой массе, в существовании которой заинтересованы разве что те, кто ее создает.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Душевнобольной в Церкви и в обществе

Б. А. Воскресенский¹

В своем сообщении я попробую сопоставить духовное и медицинское понимание психических расстройств и не буду касаться истории отношения общества и церкви к душевнобольным — мне кажется, что это тема для другой аудитории.

Оживление религиозности в России, наблюдаемое в последние два десятилетия, по-своему затрагивает и психиатрию, и психотерапию. Дискутируются вопросы о разграничении нормы и патологии, об особенностях нервно-психических расстройств у душевнобольных-верующих, о целебно-психотерапевтическом (или, быть может, патогенном) для психики воздействии некоторых религиозных практик. Колдовство и одержимость, “религиозное помешательство” прошлого и влияние на психику новых религиозных движений — вот пространство, в котором на протяжении всей истории человечества существует “проблема” вера и болезнь.

Полагаю, что четкий ответ на эти вопросы невозможен без привлечения трихотомической концепции личности — “дух – душа – тело”. В этой аудитории нет нужды разъяснять содержание этих понятий. Уточню лишь некоторые особенности клинического понимания трихотомии (это мое определение “клиническая трихотомия”, оно, конечно, несколько отличается от церковного). Для наглядности трихотомию удобно представить как три концентрические окружности. Наружная, всеобъемлющая — сфера духа. Дух — это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет, это ценности. Душа, душевные процессы — это “органы”, инструменты психической деятельности: ощущения, понятия, мышление, эмоции, воля и т.д. Психические болезни это прежде всего — искажение, разрушение, именно душевных процессов, духовные и телесные изменения при них вторичны. Тело — область соматической медицины.

Сфера деятельности священнослужителя — духовная, он спасает душу мирянина, охваченную грехом. Врач действует в сфере душевного, лечит больного (это сопоставление сформулировано выдающимся психиатром и психотерапевтом Виктором Франклом). В медицине, добавим мы, болезнь имеет, так

сказать, самоценность, в вере она рассматривается в контексте пути к Богу.

Причины душевных расстройств также удобней всего представить в контексте трихотомии. Они могут быть телесные (в первую очередь заболевания мозга); духовные (стрессы, психические травмы, говоря традиционным психиатрическим языком). Но главные психические заболевания зарождаются и развиваются во втором круге, в круге душевных процессов, вне связи с телесными страданиями и житейскими несчастьями. Это круг, как сейчас профессионально говорят, расстройств шизофренического спектра и глубоких эмоциональных расстройств.

Эту классификацию мы можем усмотреть и в эпизоде исцеления слепорожденного (Ин. 9, 3)². Ни он, ни его родители не виноваты — это и есть второй круг. Если мы продолжим эту ситуацию, то очевидно, что, если он и родители виноваты в заболевании, то речь идет о психогенных, стрессовых, духовных, греховных причинах заболевания — внешний круг. А сфера телесного, наверное, подразумевает совместное действие причин и биологических, природных и определенного изначального душевного предрасположения.

Нужно отметить, что и митрополит Антоний и современный французский богослов Жан-Клод Ларше, автор книги “Исцеление психических болезней”, недавно изданной на русском языке (М. Изд-во Сретенского монастыря, 2007, 234 с.), подчеркивают, что не стоит преувеличивать значение индивидуальной греховности как причины психических расстройств, хотя как врач замечу, что это удастся людям, далеким от психиатрии, немедикам, далеко не всегда. Вот эта задача разграничения причины, а, значит, и целебных воздействий — духовно-церковных или медицинских — и есть поле соприкосновения, содружества или размежевания священнослужителя и врача. Не буду излагать теоретические подходы, постараюсь показать это на реальной ситуации.

Но перед этим хотел бы, словами Уильяма Джемса, автора известной монографии “Многообразие ре-

¹ Доклад на конференции “Церковь — Богочеловеческое общество”. 24 сентября 2011 года.

² “И проходя, увидел человека, слепого от рождения. Ученики Его спросили у Него: Равви! Кто согрешил, он или родители его, что родился слепым? Иисус отвечал: не согрешил ни он, ни родители его, но это для того, чтобы на нем явились дела Божии” Ин. 9, 1 – 3.

лигиозного опыта” (СПб, 1992, с. 24) предупредить о том, что “мы должны бороться с инстинктивным отращиванием, какое мы испытываем при виде того, как разум превращает предметы нашего благоговейного почитания в объекты научных наблюдений и исследований”.

Сначала о, так сказать, положительном духовном опыте. Приведу отрывок из классического отечественного учебника психиатрии “Курс общего учения о душевных болезнях” (Берлин, 1923), Его автор, профессор В. П. Осипов в свою очередь ссылается на наблюдение М. П. Никитина, опубликованное в специальном научном издании в 1904 году и “относящееся к периоду саровских торжеств; эпизод, послуживший темой сообщения автора, наблюдался им в окрестностях Саровского монастыря Тамбовской губернии через неделю после окончания торжеств; скопление богомольцев еще мало уменьшилось за это время, и среди них продолжала царить атмосфера крайнего религиозного возбуждения, поддерживаемая постоянными известиями о новых исцелениях: эти слухи еще более увеличивали экзальтацию масс. 28 июля автор по дороге от монастыря к источнику увидел группу крестьян и крестьянок, состоявшую человек из двадцати, столпившихся у одного из многочисленных в той области колодцев; все смотрели на дно колодца с выражением страстного любопытства, перевешивались через перила, заглядывали через головы соседей, протискивались вперед; собралась толпа, слышались вопросы. Один из крестьян заметил: “да вот сейчас сказывали, на дне два лика”; возбуждение нарастало; разостлали над головами черную шаль, чтобы лучше видеть дно колодца, и вдруг одна женщина воскликнула: “вот, вот, батюшки мои родимые, как ясно-то! Ах, какая благодать! Отец Серафим!”. Через минуту иллюзия стала общей, с трудом отходили от колодца, уступая место другим, люди с блаженными лицами, с выражением экстаза. Автор ничего, кроме камешков и древесных сучков, на дне колодца не увидел. Иллюзия продолжалась до 15 минут, захватывая новые и новые лица, человек до сорока. Вдруг к колодцу протиснулась молодая, бойкая женщина, и по примеру других стала смотреть в колодец; на вопрос, что видно в колодце, она ответила: “да чего, человечьи головы кругом видать, белые камни видать, а больше ничего”. Эти слова быстро рассеяли иллюзию — начали раздаваться вопросы, высказываться сомнения, иллюзия исчезла. Толпа разошлась. Расспрашивая участников иллюзии о ее содержании, автор убедился, что впечатления их, имея своим содержанием один общий объект, видение Серафима, в подробностях значительно отличались между собою.

В этом описании весьма отчетливо выступает развитие массовой иллюзии под влиянием самовнушения и взаимного внушения (психическая зараза) в однородно настроенной толпе богомольцев, находившейся в состоянии религиозного аффекта; толпа была утомле-

на и голодна, что также способствовало развитию психической эпидемии.

Весьма поучительно разнообразие в подробностях иллюзии при тождественном общем ее содержании: очевидно, это общее свойство массовых обманов чувств; легенда творится, вытекая из рассказов участников, охватывая возможные подробности, дополняясь и развиваясь: в конце концов, она выливается в довольно случайную форму и образ, видение которого приписывается всем участвовавшим лицам тождественным, тогда как на самом деле оно было существенно разнообразным. Массовые галлюцинации и иллюзии, будучи явлением *коллективным*, дают образы, являющиеся результатом *коллективного творчества*.” (с. 247 – 248).

Точная психиатрическая оценка этого эпизода потребовала бы исследования душевного состояния каждого из его участников. Можно полагать, что среди них обнаружались бы и здоровые люди, действительно пережившие чудо, и болезненно внушаемые (истерические, выражаясь традиционным психиатрическим языком) личности и трезвомыслящие скептики, и, вероятно, глубоко психически больные люди, у которых внушение преломляется непредсказуемо своеобразно.

А вот другое наблюдение тех же времен, но с, по крайней мере, сомнительным духовным значением. В реферате работы А. Д. Коцовского “О так называемом Балтском движении в Бессарабии”, опубликованном Д. Аменицким в ж. “Современная психиатрия”, (1913. № 2, с. 140 – 146, VII) рассказывается о паломничестве в Балту (название селения) крестьян Херсонской и Бессарабской губерний. Вдохновителем этого движения был иеромонах Иннокентий, развивавший демонические воззрения — в результате людских пороков дьявол вселяется в человека — прежде всего в живот — из-за этого возникают икота, рвота, судороги, нечленораздельные выкрики. Целью паломничества были мощи Феодосия, бывшего священника, имевшего дар исцеления и видения Бога. Сам Иннокентий оценивался современниками как человек весьма противоречивых, сложных, сомнительных, пронизанных сексуальностью духовных свойств. Но нашлись лица “такой же моральной ценности” (Д. Аменицкий), поддерживавшие это движение. Оно приняло масштабы значительного социально-психологического явления и потребовало принять определенные меры. Но и после ссылки Иннокентия в один из монастырей Олонецкой губернии молдаване целыми семьями устремлялись к своему духовному наставнику. Монастырю приходилось выселять приехавших (до 1000 человек), а вновь стремящихся задерживать по дороге.

Автор работы, уже конкретно, психиатрически исследовавший участников одного из таких паломничеств, выявил несколько групп: 1) здоровых, но искренне верующих; 2) психически нормальных, заболевших после посещения монастыря (истерическая икота, су-

дороги, анестезии, истерический ком, кликушество), — малокультурные люди с внушаемостью, склонностью к подражаниям, очевидно, именно к этому контингенту наиболее приложимо определение “истерический психоневроз на религиозной подкладке”, приводимое Д. Аменицким и принадлежащее известному психиатру В. С. Яковенко, и 3) лиц с признаками душевной болезни, имевшими место еще до участия в Балтском движении; 4) заболевших после богомолья (очевидно, это иные, чем в группе 1 причины и механизмы заболевания, поскольку группа обособлена. Можно предположить, что у таких лиц эта акция, паломничество, это движение выявило предрасположение, имевшееся прежде. — Б. В.). Итак — в истоке — отдельные очаги по-особому напряженной духовной жизни, а затем, подводит итог Д. Аменицкий, распространение переживаний через наиболее наэлектризованных лиц, которыми среди прочих могут оказаться корыстные личности, “психопатические элементы” или даже душевнобольные.

Задача врача установить наличие психических расстройств, обособив их от схожих здоровых переживаний, это вполне возможно, поскольку расстройства описаны в учебниках и хорошо изучены, и рассмотреть их в связи с особенностями изначальной, доболезненной личности и возможными болезнетворными факторами.

Позвольте теперь коснуться проблемы “ложной мистики”. У митрополита Антония, в частности в работах цикла “Материя и дух”, есть важные замечания по поводу таких переживаний, и они очень помогают в диагностически сложных ситуациях. Я имею в виду, прежде всего, больных, чьи расстройства и возникают, и разворачиваются именно во втором круге трихотомии (душевные процессы), это расстройства шизофренического спектра и психозы, проявляющиеся серьезными, глубокими эмоциональными нарушениями. Напомню, что и те, и другие напрямую не связаны с телесными повреждениями или психическими стрессами.

Наши исследования показывают, что на ранних этапах заболевания зрительные галлюцинации бывают представлены конкретными образами: лицо Бога, ангелы, какие-то персонажи из, так сказать, противоположного лагеря. По мере утяжеления заболевания образы утрачивают предметность, определенность, становятся все более символическими, многозначными по их возможным толкованиям. Пациенты с неблагоприятным течением заболевания в дальнейшем рассказывают об увиденных ими светящихся шарах, лучах света, тьме. Слуховые галлюцинации приобретают вычурную локализацию: исходят из неба, из грудной клетки, с других планет. Интересно, что у больных по-особому меняется и вообще возникает сама проблема расположения, локализации души. Большинство здоровых людей специально не задается таким вопросом. Больные же говорят, что душа передвигается

из грудной клетки в область живота, чрева, солнечного сплетения (где, заметим, она находилась в период, так сказать, архаической антропологии — на ранних этапах культурно-исторического развития человечества). В других случаях душа становилась “оболочкой” вокруг тела, путешествовала в пространстве и времени, душой наделялись планеты. Таким образом, по мере утяжеления заболевания галлюцинаторные образы становятся все более элементарными, универсальными, приближаются к архетипическим. А восприятие души, что мы назвали “субъективной антропологией”, деиндивидуализируется, формируется своего рода панпсихическая картина мира.

Психиатрическое понимание этих коллизий сформулировано выдающимся психиатром и философом К. Ясперсом: “Быть может, величайшая глубина метафизического переживания, ощущение абсолютно священного и благодатного дается в сознании восприятия сверхчувственного лишь тогда, когда душа расслабляется настолько, что после этого уже остается в качестве разрушенной” (“Стриндберг и Ван Гог”, 1999, с. 155). То же самое может быть сформулировано в поэтической форме:

Психея! Бедная моя!
 Дыханье робко затая,
 Внимать не смеет и не хочет:
 Заслушаться так жутко ей
 Тем, что безмолвие пророчит
 В часы мучительных ночей.
 Увы! За что, когда все спит,
 Ей вдохновение твердит
 Свои пифийские глаголы?
 Простой душе невыносим
 Дар тайнослышанья тяжелый,
 Психея падает под ним.

В. Ф. Ходасевич “Колелемый тренажник”

Такова патология, болезнь. Истинность же духовного опыта как такового вправе оценивать люди, говоря церковным языком, духовно опытные и специально призванные — священнослужители, богословы, катехизаторы, религиозные философы. Подходы у них совсем иные, чем в медицине, ибо “В духовной жизни явлены сами духовные реальности, и потому не может быть вопроса о соответствии реальности тому, что в духовной жизни раскрывается. В духовном мире опыту не соответствуют предметные реальности, но сам опыт духовный и есть реальность высшего порядка. Духовная жизнь не есть отражение какой-либо реальности, она есть сама реальность. Нельзя спрашивать о том, соответствует ли опыту великих святых, великих мистиков, людей высшей духовной жизни какая-либо реальность. Это душевный, натуралистический, наивно-реалистический, а не духовный вопрос. Духовный опыт святых, мистиков, людей высшей духовной жизни — есть сама реальность, само явление и обнаружение Духа и Бога. Дух есть, духовная жизнь явлена и обнаружена. Это первичный

факт, он непосредственно усматривается, а не доказывается». (Н. А. Бердяев. Философия свободного духа. М., 1994, с. 27 – 28).

Безусловно, в этом заключена великая тайна, переживая которую «Мы открываемся самим себе и не в состоянии это объяснить иным образом, нежели тем, что это — откровение». (М. Бубер. Два образа веры. М., 1995, с. 419).

Теперь позвольте сказать несколько слов о вере как лечебно-реабилитационном факторе.

При изучении душевнобольных-верующих (вновь имеются в виду расстройства из «второго» — среднего — круга) было отмечено, что все пациенты, независимо от полноты церковной жизни, констатировали благотворное воздействие личной веры на отношение к своей болезни. Такая оценка имело место и при объективно утяжеляющемся заболевании (учащение приступов, обеднение психики — и на эти тенденции специально обращалось внимание больных). Они «воспринимали болезнь как крест», и это «принесло им облегчение» (выражения больных), а клинически проявлялось прежде всего как более ответственное отношение к стационарному и амбулаторному лечению, как смягчение поведенческих расстройств. Все это я излагал в многостраничных статьях, а Иосиф Бродский сказал двумя строками (в других, более глубоких по теме размышлениях):

«И то, чего вообще не встретишь в церкви,
теперь я видел через призму церкви»

«Остановка в пустыне» И. Бродский

Это и есть (вновь обращаюсь к Ин. 9, 3) смысл заболевания слепорожденного: «это для того, чтоб на нем явились дела Божии». Подобное отношение к болезни, смысл болезни формируется и формулируется постепенно. В тезисе «болезнь посылается за грехи» раскрываются не универсальные истоки страдания, а результаты индивидуального означивания элементов цепи жизнь — грех — болезнь. Именно в такой персонально организованной форме духовное и осуществляет психотерапевтически реабилитационное воздействие. Итак, опыт определенных болезненных душевных переживаний может быть переведен в духовные формы — художественные, научные, религиозные.

Переходя, в заключение, в эти сферы, я позволю себе воспользоваться сопоставлениями и толкованиями различных вариантов безумия (здесь уже не нужна медицинская строгость терминов), которые предлагает Анна Ильинична Шмаина-Великанова в своей монографии «Книга Руфи как символическая повесть» (М., 2010). Она выделяет погибельное безумие (Елимелех), искупительное безумие (Ноеминь), спасительное безумие (Руфь); заразительное безумие (Вооз), небесное безумие (Бог). Раскрывая это последнее понятие, Анна Ильинична пишет: «... Бог ухитряется историю о восстановлении рода Ноемини превратить в рассказ о рождении Давида. Божествен-

ное безумие телеологично. Другими словами, только Он способен оправдать безумные поступки всех прочих персонажей» (с. 121) и далее разъясняет это в других понятиях: «Хайдеггер назвал бы этот статус (персонажей «Книги Руфи» Б. В.) «просветом в подлинное бытие (Sein) из присутствия (Dasein)» (с. 123).

Повторю важнейшую для меня фразу «Божественное безумие телеологично», и мне думается, что это всех нас, и врачей, и немедиков примиряет с фактом, с неизбежностью существования душевной болезни. Так медицинский, психиатрический подход к душевным расстройствам преобразуется в их духовное осмысление.

И только теперь, хотя по логике изложения материала это следовало сделать раньше, я решаюсь перейти к размышлениям о юродстве — духовном феномене, определенным образом перекликающимся с проблемами психического здоровья. Впрочем, не буду ничего разъяснять, лишь прочитаю стихотворение. Точнее и полнее, чем поэт, не скажешь.

Ксения Петербургская.

Ксения Ксению в жертву принесла,
«Умер мой любимый. Стану им сама».
Со своего ума сошла
И, как на льдину круглую,
Прыгнула в чужой.
В чужую память,
В чужие сны,
В шелковый камзолчик,
В красные штаны.
Бежит она и басом
Кричит в сырую тьму:
Живи — я исчезаю,
Живи — кричит ему.
Выбегает из Ксении,
— Ату ее, быстреей.
И вот она уже —
Опять живой Андрей.
Но жизнь плывет, чуть жжется,
Обоим не живется.
Придется выйти ей,
Да вот куда? — беда!
Пока ты уходила,
В твой дом стучала, била
Подземная вода.
Она размыла ум и сон,
И в эту пустоту
Тебе вселиться негу сил —
А токмо что Христу.

Елена Шварц. «Дикопись последнего времени» — СПб, 2001, с. 28.

Закончу чуть переделанной фразой из одного выдающегося психиатра и психотерапевта-психоаналитика К. Г. Юнга («Психологические типы». СПб — М., 1995, с. 42) (мыслью, которую я привожу очень часто): «Процесс психологического развития мы называем христианским». Такова по моему мнению формула важнейшей, главнейшей взаимосвязи духовного и душевного.

Прошу прощения за возможную искусительность некоторых моих высказываний, благодарю за внимание.

Вопросы докладчику

— В настоящее время есть попытки лечить в церкви, целить “добровольное безумие”, я имею в виду последствия наркомании и алкоголизма. В Ветхом Завете неоднократно есть поучение в книгах Мудрости: “Сын мой, не пей вина” и т.д. Хотя конопля, безусловно, там тогда росла, но почему-то об этом ничего нет — а то, что алкоголизм тогда имел место, это, безусловно, так. Но мы не знаем ни одного случая в Новом Завете, чтобы Иисус исцелял алкоголиков. Хромых, слепых, увечных, одержимых — кого угодно, но об алкоголиках ни одного слова нет. Не считаете ли Вы, что современная деятельность церковная и околоцерковная — скажем, типа “двенадцати шагов” — является полным и абсолютным самочищением, не имеющим основ в Новом Завете?

Я думаю, что этот вопрос естественной было бы адресовать священнослужителям, потому что как врач я в большей мере могу говорить о соответствии тех или иных методов лечения, программ лечения определенным медицинским, биологическим концепциям. Но думаю, что если рассматривать всякого рода зависимости как патологические (в медицинском смысле) варианты страстей, то помощь духовная, помощь церковная в принципе вполне возможна. Я для себя здесь не вижу большой проблемы, тем более что психотерапия, любая — и индивидуальная, светская, и поведенческая, устрашающая, и высокодуховная, в т.ч. религиозная — это все-таки самый главный метод преодоления зависимости. Потому что, раз возникнув, зависимости не исчезают, их невозможно подавить ни банальными утратами, ни научными разъяснениями, ни лекарствами. И при лечении таких пациентов, от чего бы эта зависимость ни была, нужно сформировать новые ценности или возродить и укрепить прежние, чтобы человеку было ради чего не пить, было, чем наполнить (это уже библейский образ) опустевшую горницу.

О. Федор: Простите, что вклинился, просто эта тема двенадцатишаговой программы мне довольно близка: у меня и на подворье, где я служу, есть группа анонимных алкоголиков. “12 шагов” я хорошо знаю и давно служу с игуменом Ионой (Займовским), который занимается традиционной программой уже более десятка лет. Мне кажется, что ваш вопрос основан на каком-то очень поверхностном идеологическом представлении об этой программе, потому что, во-первых, она не претендует на церковность, тем более она не претендует на какое-то церковное целительство. Это группа самопомощи, основанная на социальном действии, социальной взаимопомощи алкоголиков и вообще людей, страдающих от зависимости, которые признают, согласно со Всемирной фе-

дерацией здравоохранения, алкоголизм социальной, культурной, биологической и духовной болезнью, заболеванием. И собственно говоря, с этим заболеванием они борются социальными, так скажем, методами. Почему-то критики программы “12 шагов”, как это часто бывает, недобросовестные критики, сначала приписывают ей какую-то церковность, затем опровергают это. Там нет церковности, она не профессиональна. Конечно, это духовная программа, потому что участники ее чают помощи Божьей, но она открыта всем. И собственно говоря, сама эта претензия, которую вы предъявили этой программе, она несостоятельна, потому что программа не претендует на церковное целительство. Вообще мне бы хотелось, чтобы критики этой программы просто познакомились с ней ближе и увидели ее в действии — тогда, может быть, поводов для критики будет меньше.

— У меня вопрос как у представителя юнгианского психоанализа к Вам как к врачу в первую очередь: скажите, всегда выход на архетипические образы и символические галлюцинации ведет именно к разрушению психики? Может быть, это просто иная феноменология, иной уровень сознания? — Рискуя, так сказать, подпортить свою репутацию в этой аудитории, я скажу, что я очень хорошо отношусь к Юнгу и его последователям. Нет, не всегда, это общая тенденция — от конкретности, сиюминутности, обыденности любых психопатологических переживаний к их фантастичности, мегаломаничности, всеохватности, антагонистичности. Движение по этому пути, с одной стороны, свидетельствует о прогрессировании, утяжелении болезни — при непрерывном течении. В других случаях это просто показатель остроты, глубины расстройств, их преходящего характера. Так что эта глубина, массивность расстройств не всегда имеет столь неблагоприятное диагностическое значение. — Это можно определить как диагноз, то, что Вы говорите? — Согласен. Это можно определить как оценку тяжести данного состояния, остроты, необходимости, обязательного (возможно, даже недобровольного) помещения в больницу и активнейшего психиатрического лечения. При, так сказать, хроническом существовании подобных переживаний возникает вопрос об инвалидизации, особых формах социально-клинической реабилитации.

— А шизофрения — это врожденное заболевание или приобретенное? — Значение наследственных факторов определяющее, хотя и не абсолютное, не фатальное. Внешние условия могут оказывать провоцирующее воздействие.

— Я работала с ребятами умственно отсталыми. И те, которые были властными фигурами, у тех и родители были властными. Вот тогда я с этими ребятами как раз сталкивалась. — Я думаю, что мы это обсудим отдельно. Роль наследственности весьма значительна, но она не прямолинейна, и (это уже дру-

гой разговор) наследственность эта может передаваться не только генетически, но и через какие-то структуры коллективного бессознательного — архетипические. Я совершенно на этом не останавливался, но дело в том, что в психиатрии мы обычно смотрим на переживания больных (бред, галлюцинации, голоса, видения, какое-то особенное болезненное настроение) чаще всего как на своего рода эпифеномены, а главное разыгрывается — в глубине, в мозге, в теле. Эти процессы, эти нарушения и следует изучать с максимальной тщательностью. Вот будут у нас помощней микроскопы, почувствительней реактивы — и все это мы найдем и переведем на материальный язык, на язык биологии. Самостоятельность, объективность, реальность психики, переживаний, и нормальных и психопатологических — для многих большая проблема... Я всегда, изначально, интуитивно воспринимал, понимал “психическое” как несомненную реальность, со своей жизнью, своими закономерностями (и психиатрия меня в этой позиции только укрепила). В последние годы она нашла убедительнейшее (для меня) обоснование. Исследования человека, никакого отношения к психиатрии не имеющего, — замечательного польского лингвиста Анны Вежбицкой, особым образом показывают реальность существования психических, душевных процессов. Я не буду это развивать, это очень далеко уведет нас.

— *Вы говорили о каком-то духовном искажении. Но Вы считаете, что этим должно все-таки священство заниматься или психиатры?* — Феноменами религиозной, церковной жизни, социально-психологическими феноменами такого плана (например, то, что мы говорили в связи с Балтским движением, с какими-то современными подобными коллизиями) должны заниматься люди, осуществляющие свое служение в духовной сфере. Врачи должны лечить больных. А задача других специалистов, всех людей, оказавшихся в подобной ситуации, выявить больных и передать их врачу. Дело в том, что там наверняка оказываются разные люди — нет психического расстройства вообще, оно всегда конкретно.

— *Существует ли, с точки зрения психиатрии, понятие религиозной нормы?* — Как следует из клинически понимаемой трихотомии, психиатрия не занимается нормой — ни нравственной, ни религиозной, ни художественной. Ценностные нормы — это, повторяю, сфера деятельности людей духовного призвания, будь то священнослужители, артисты, политики, ученые и т.д. Да, психиатрия в своих диагностических раздумьях нередко идет от поступка, от переживания, от поведения человека, как принято сейчас говорить. Странное, чудное поведение любого человека побуждает задуматься о его душевном здоровье. И как я говорю своим студентам, мы должны это поведение, это переживание покрутить и так и эдак: или мы увидим за ним душевное расстройство, которое известно, которое описано, изучено, или

мы его не увидим. Понятие нормы религиозной, психиатрической, культуральной, этнической, статистической, юридической не совпадают, это разные вещи. Поэтому так ставить вопрос не следует...

— *В советское время религия рассматривалась как психическое отклонение. Как вы это прокомментируете?* — Прокомментирую безличностно — в смысле, укажите мне психиатров, которые считали веру, жизнь в Церкви болезнью. Ни Вы, ни я этого сделать не сможем. В психиатрии как клинической науке такого критерия (вера = болезнь) нет. Повторяю, мы пойдем от поведения, но если мы ничего не увидим, никаких расстройств — значит, пусть верит в кого хочет и во что хочет. То же самое относится ведь и к инакомыслию. В психиатрии — наверно, это не тема для обсуждения здесь — но в психиатрии критериев идеологического здоровья или наоборот — инакомыслия нет. Психиатры — в принципе — я не отвечаю за всю советскую психиатрию, — психиатры ставили диагноз душевного заболевания не потому, что диссиденты высказывали какие-то воззрения, не соответствующие передовицам газеты “Правда”, а потому что у них были расстройства. А их воззрения могли быть болезненными, а могли быть и здоровыми. Но это другой разговор.

— *В связи с поднятой темой такой вопрос. Вы приводите пример 1923 г., пример Осипова о галлюцинации. Вы не считаете, что в то время этот вопрос был политизирован врачами, которые это описывали, в частности Осиповым?* — Профессор В. П. Осипов не нуждается в моей защите, он оставил о себе память (и научное наследие) как прекрасный, классический, академический психиатр. Для большей полноты справки укажу, что его не раз привлекали к решению диагностически-лечебных вопросов в отношении высших руководителей государства. Повторю, подчеркну, что В. П. Осипов приводит описание, опубликованное еще в 1904 году. Думается, что насчет политизации психиатрии я только что ответил при обсуждении проблемы инакомыслия. С другой стороны, принятие любого профессионального (не только медицинского, психиатрического) решения может определяться и человеческим фактором. Все мы слабы, все мы грешны — но это не имеет никакого отношения к науке психиатрии. Да, в некоторых случаях нас могут попросить, запугать, заставить, проголосовать “за” или “против”, остановиться на том или ином выборе. Но это, повторяю, никакого отношения не имеет к психиатрии как к науке. В этом смысл разграничения духовного и душевного с помощью трихотомии, которая показывает, что мы ищем душевные расстройства, а не особую веру, не особое воззрение. А уж насколько честно и чисто выполняет тот или иной специалист свои диагностические лечебные обязанности, это вопрос не к психиатрии, а к наукам и практикам общественным.

XVII Консторумские чтения “Время и место психотерапии”

(НПА России, Общество клинических психотерапевтов НПА,
16 декабря 2011 г., Москва)

В своём философско-психиатрическом Вступительном слове президент НПА России Юрий Сергеевич Савенко, обсуждая название настоящей конференции, говорил о “хронотопе” (понятие Михаила Михайловича Бахтина), то есть о включении, в данном случае, и в психотерапию (у Бахтина речь идёт о художественном мышлении), как пространственного, так и временного мотивов. Хронотопичность истинного психотерапевта — это его “высокая чувствительность к реальным пространственным и временным возможностям пациента”, “возможностям его плана жизни”. Юрий Сергеевич назвал “профанацией психотерапии” и зачастую вредным для пациента отказ от непосредственного контакта психотерапевта с пациентом (“удовлетворённость пластинкой”, телесуггестией, интернет служба в экстремальных ситуациях).

В совместном докладе психиатра, психотерапевта Бориса Аркадьевича Воскресенского, психиатра Марии Сергеевны Сторожевой, психиатра Ольги Евгеньевны Роговской “Переживания пространства и времени при некоторых формах психической патологии” “сопоставлялись клинико-феноменологический и своеобразный глубинно-психологический подходы к организации указанных в названии доклада категорий у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров. Было установлено, что клинически выявляемые характеристики (такие как слияние-разъединение, приближение-удаление, длительность, последовательность, скорость и т.п.) сами по себе оказываются неактуальными. Они проявляются лишь в контексте целостных психопатологических переживаний (продуктивной и негативной симптоматики). Зато изучение “первичных” лексических структур пространства и времени (имеются в виду семантические универсалии А. Вежбицкой), осуществлённое с помощью методики семантического дифференциала, выявило дезорганизацию пространственно-временных единиц, тем более выраженную, чем значительнее были изменения личности” (Б. А. Воскресенский).

В докладе психиатра Татьяны Константиновны Шемякиной “О музыкотерапии (размышления и наблюдения)” было дано определение музыкального переживания как своеобразного состояния, отражающего культурно-исторически и актуально детерминированные особенности психической деятельности. Благодаря этому общение с музыкой — исполнительское или “слушательское” — обладает значительными психотерапевтическими и (при специальной организации исследования) диагностическими возможно-

стями. Предварительные результаты недавно завершённого исследования указывают на параллелизм выраженности негативных расстройств и степени искажённости восприятия музыкальных произведений.

Психиатр-психотерапевт Инга Юрьевна Калмыкова в сообщении “О сегодняшнем реалистическом психотерапевтическом театре-сообществе”, заключающем доклад первой половины конференции, рассказала о новом лечебном театре в диспансерно-кафедральной амбулатории (кафедра психотерапии и сексологии РМАПО + Наркологический диспансер № 1). Этот театр (руководитель — ассистент кафедры, к. м. н. И. Ю. Калмыкова) по-прежнему есть особый вариант отечественной Терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно), помогающий пациентам с тягостным переживанием своей неполноценности стать, более или менее, одухотворёнными самими собой с пользой для себя и других. Однако в наше время развивающейся психосоциальной реабилитации в этом театре преобладают довольно тяжёлые больные шубообразной шизофренией, вне шуба в неполной ремиссии с нередкой здесь предрасположенностью к “самолечebному” злоупотреблению алкоголем. Эти пациенты получают лекарственное лечение в ПНД по месту жительства, а театр, смягчая вредоносную душевную напряжённость больных, наполняя их целительным вдохновением, повышает, освещает творчеством качество их душевной жизни. Театр помогает понимать себя, свои творческие, душевные ценности, понимать здоровых людей, ладить с ними и друг с другом. Примечательно, что в творческой театральной игре даже больные с выраженным дефектом на время этой лечебной игры как бы выздоравливают, делаются похожими на совершенно здоровых людей, подобно тому, как талантливая картина душевнобольного живописца уже не несёт в себе патологии и интересна всем людям. Всё это — при малоуправляемости больными на репетициях и плоховатом запоминании текстов. Особенности работы в таком театре Инга Юрьевна считает: 1) ещё более тёплое, дружеское, сердечное, нежели в более “лёгких” случаях, отношение психотерапевта к пациентам-актёрам, собирающее, упорядочивающее их разлаженный аффект, и 2) более сильное звучание тепла, сердечности, земной любви в текстах специальных лечебных психотерапевтических произведений для репетиций и выступлений. Психотерапевтическая любовь (со свойственной ей лечебной дистанцией) в обстановке такого театра высвечивает, укрепляет у

больного границы его “Я”, а это — важнейшее в реабилитационном повышении, посветлении душевного качества жизни психиатрического пациента. И нередко всё это делает ненужным для больного оживление себя алкоголем или наркотиком. К сегодняшним более “трудным” пациентам в новом театре-сообществе возможно приспособиться более короткими сценари-рассказами и разрешением в игре заглядывать в текст выступления.

В своём кратком слове, завершающем первое отделение конференции, я как председатель этого отделения отметил, что благодаря сегодняшней нашей не советской уже раскованности в своих выступлениях возможно вот так откровенно говорить, опираясь на научные исследования, что существует в психиатрии, психотерапии не только классически-клинический, естественно-научный подход. Материалистическое представление о времени, как о “длени материи” и о пространстве, как о “простираннии материи”, имеет и свой научно-идеалистический глубинно-психологический противовес. Прочувствованное понимание всего этого делает и клинициста-материалиста по-своему богаче, разностороннее как врача-исследователя.

После скромного традиционного чая во втором отделении конференции выступила психиатр, психотерапевт Надежда Леонидовна Зуйкова с докладом “Транзактный анализ в лечении психосоматических пациентов”. Надежда Леонидовна назвала “пилотным проектом” своей кафедры (кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, Москва) применение классического транзактного анализа (ТА) в клинической практике с целью целостного (психосоматического) целительного развития личности. Предполагается обсуждать терапевтические результаты на клинических разборах. Следует отметить, что недавно Надежда Леонидовна, после сложного экзамена в Италии, получила редкий среди наших психотерапевтов международный Сертификат по Транзактному анализу (классический ТА) и рекомендована Комитетом модальностей (способов психотерапии) Общероссийской Профессиональной психотерапевтической лиги (ОППЛ) руководителем модальности “Транзактный анализ (классический вариант)” в ОППЛ. Для отечественной клинической психотерапии настоящее клиническое преломление известных психологически-ориентированных психотерапевтических методов, несомненно, отрандно.

В совместном докладе психиатр Андрей Аркадьевич Шмилович и клинический психолог Елена Владимировна Жатько “Дуализм психологического и клинического мышления в диагностике и терапии психических расстройств (случай из практики)” подробно поясняли различие психологического и клинического образа мысли. Суть этого различия, по их мнению, состоит в том, что психиатр, в отличие от психолога, “должен абстрагироваться от личности”. Кстати, о так называемой клиницистами “личностной

почве” в докладе не говорилось. Была довольно острая дискуссия на эту тему.

Содержание доклада ректора Свято-Филаретовского православно-христианского института, профессора-священника Георгия Кочеткова “Духовный смысл категорий пространства и времени” передаёт реферат этого доклада, сделанный помощником ректора Натальей Кольцовой и одобренный о. Георгием.

“Свой доклад “Духовный смысл категорий пространства и времени” профессор-священник Георгий Кочетков начал с определения и пояснения основных понятий, содержащихся в названии доклада: “духовный”, “смысл”, “категория”, “пространство” и “время”. Докладчик обратил внимание слушателей на то, что “пространство и время могут быть рассмотрены в очень разных измерениях: в измерении физическом, метафизическом и экзистенциальном. Эти три измерения могут и должны быть соотнесены с человеком, с его телом, душой и духом”. И внутри каждого из этих измерений существуют разные сферы человеческого опыта, где пространство и время могут восприниматься по-разному. Например, в физическом измерении, “будем ли мы говорить о природном или физико-математическом времени и пространстве, биологическом или историческом, — всё это вещи разные, которые вступают друг с другом в определённые противоречия и существенно влияют на жизнь каждого человека”. И если говорить о норме восприятия этих категорий (скажем в контексте определения душевного и физического здоровья человека), то это обстоятельство важно учитывать. В рамках метафизического и экзистенциального измерений всё большую роль играют духовные факторы, человек всё больше движется в сторону преодоления пространства и времени как формы ограничения свободы. “Метафизические пространство и время — духовно-душевное откровение, большой шаг в сторону снятия всякой раздробленности в мире и в человеке, в сторону вечности, к новому небу и новой земле, к обожению человека”. “Экзистенциальное измерение пространства и времени даёт возможность встречи и общения Бога и Его мира, а также Бога и человека. Таким образом, это личностное, богочеловеческое пространство и время, которое уже и не время, и не пространство...”

В конце доклада о. Георгий выразил убеждение, что «пространство и время могут быть осмысленны духовно, но для этого от нас требуется лишь одно — посмотреть на себя и на своё время “из вечности — *subspecie aeternitatis*”. А это “предполагает включённость всего человека, а значит не только его духа, но и души, и тела, т.е. всего, что есть в человеке, всех его сил, способностей и возможностей”. И именно поэтому всем, кто имеет дело с живыми людьми, кто стремится помогать человеку справляться с его проблемами — физическими, душевными и духовными, — обязательно нужно сотрудничать, нужно учиться понимать

друг друга, находить общий язык. “Так как мы все люди, мы все имеем одно призвание, мы все живём в пространстве и времени, очень важно, чтобы мы понимали, что есть большое многообразие опыта в человеке, в восприятии пространства и времени. И мы должны научиться понимать друг друга во всём этом многообразии, откуда бы мы на него ни смотрели”».

С совместным докладом психиатра, психотерапевта Софьи Даниловны Левиной (к. м. н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ) и клинического психолога ПКБ № 1 Людмилы Анорбековны Назаренко “Опыт терапии общением с собаками в психиатрическом стационаре” можно познакомиться по резюме, присланному докладчиками.

“Медики и психологи нередко привлекают собак к общению с пациентами, но чаще четвероногие котерапевты помогают людям с различными видами депривации или используются в детской практике. Мы привлекли собак к работе с взрослыми пациентами общепсихиатрического стационара. С больными “занимались” три собаки породы такса, постоянно живущие у одного из авторов сообщения, участвовавшие в психотерапевтических занятиях со щенячьего возраста. По нашим наблюдениям, участие собак в психотерапевтическом процессе достигает следующие цели: 1) способствует гармонизации актуального психического состояния, снижению уровня тревожности, напряжённости, повышению эмоционального фона; 2) стимулирует эмоциональную сферу; 3) позитивно влияет на психомоторику; 4) нормализует вегетативные функции; 5) приводит к актуализации ресурсных состояний; 6) уменьшает аутизацию; 7) повышает уровень коммуникативных навыков; 8) выполняет функцию самореализации; 9) способствует дестигматизации.

При групповой психотерапии в общепсихиатрическом отделении участие собак позволяет решить конкретные задачи: 1) включить в группу как можно большее количество пациентов; 2) сформировать мотивацию к занятиям у больных с выраженными негативными расстройствами эмоционально-волевой сферы и мышления; 3) создать доверительную атмосферу занятия, обратиться к личности каждого члена группы; 4) осуществить тренировку навыков субъект-субъектного взаимодействия и совместной работы.

Разумеется, в силу организационных трудностей, психотерапия с участием собак не может быть рекомендована к использованию во всех отделениях психиатрических больниц, но наш опыт позволяет говорить о её безусловной пользе”.

Это был последний доклад во втором отделении конференции. Председательствующий на этом отде-

лении заместитель председателя Общества клинических психотерапевтов в НПА России Борис Аркадьевич Воскресенский в своём заключительном слове (краткое содержание этого выступления он мне прислал) отметил “актуальность и высокий научный уровень представленных докладов”, “подчеркнул, что выступление Андрея Аркадьевича Шмиловича и Елены Владимировны Жатько не случайно вызвало бурный обмен мнениями. Проблемы взаимоотношений психиатрии и психологии, границы нормы и патологии, само понимание психического расстройства — всё это своеобразные энергетические источники, модераторы, побуждающие эти две науки к непрерывному развитию, взаимодействию и творчески содержательному (по крайней мере, хочется на это надеяться) соперничеству. Доклад профессора священника Георгия Кочеткова раскрыл различные измерения пространственно-временных структур — физическое, метафизическое, экзистенциальное. При этом очень важно достичь единства в понимании нормы человеческой жизни, соотношения незыблемого и индивидуально-личностного в каждом человеке. Исследования и опыт практической лечебной работы, представленные Надеждой Леонидовной Зубковой, продемонстрировали значительный психотерапевтический потенциал транзактного анализа, особенно значимый в тех ситуациях, когда лекарственно-хирургическая помощь неэффективна или невозможна”.

В заключение он выразил надежду, что все обсуждавшиеся темы побудят авторов докладов и слушателей к углублённым теоретическим размышлениям и практическим поискам, что результатами этой творческой активности все присутствующие поделятся на следующих — XVIII Консторумских Чтениях.

Третьим, последним, отделением конференции был трудно передаваемый словами “Большой концерт” Психотерапевтического реалистического театра, театра, о котором был один из докладов (см. выше). Руководитель театра — Инга Юрьевна Калмыкова; режиссёры — И. Ю. Калмыкова, Вера Васильевна Афанасьева; художник театра — Рима Гавриловна Кошкарлова. Выступали, как обычно, попеременно пациенты и психотерапевты. Не знакомым с театром, психотерапевтической амбулаторией людям трудно было разобраться в этой одухотворённой целительной атмосфере, кто тут пациент, кто психотерапевт.

*Профессор М. Бурно,
председатель Общества клинических
психотерапевтов НПА России*

О “малой” психотерапии в работе участкового психиатра

М. Е. Бурно¹

Даются конкретные советы участковым психиатрам, как смягчить известное сегодняшнее напряжение в диспансерах, связанное с “бесплатными лекарственными трудностями”, — конкретными приёмами “малой” психиатрии, почти не требующими специального времени и основательной подготовки с приобретением специальности психотерапевта.

Ключевые слова: шизофрения, малая психотерапия, участковая психиатрия, психоневрологический диспансер, обучение психотерапии.

Основное время моей, уже полувековой, врачебной психотерапевтической жизни проходит в психиатрической амбулатории. Выполняя свои преподавательские и научные должностные обязанности, я всё же много жил практической жизнью диспансера, помогая пациентам и без присутствия слушателей Академии. Поэтому, думается, могу судить о работе-жизни диспансера. В последние годы помощь больным в диспансерах, во всяком случае, в Москве, серьёзно ухудшилась. Диспансеры обычно наполнены тяжёлыми пациентами в ожидании, что появятся положенные им бесплатные и помогающие им лекарства. Тогда участковый психиатр выпишет специальный рецепт в аптечный киоск. Когда бесплатных помогающих лекарств уже почти нет, народу в диспансере поменьше. Но замученные от напряжения в душе врачи нередко (с чувством вины перед пациентами) и в это время не расположены психотерапевтически разговаривать с пациентами, как раньше бывало. Напряжение нарастает и в душах больных, в семьях больных.

Убеждён, что возможно существенно смягчить эту пагубную взаимную напряжённость особой краткой несложной психотерапевтической помощью тяжёлым больным — т.н. “малой” психотерапией. Это уже происходило в истории нашего дела. Лет 60 назад, ещё до психофармакотерапии, когда применялись бром с кофеином, валериана, клизма с хлоралгидратом, уротропин, инсулинотерапия и т.п., — всё это соединялось с сердечным отношением к больным, психотерапией того времени, физиотерапией, трудовой терапией, культтерапией, лечением ритмикой и т.д. Обо всём этом остались нам серьёзные и не по-современному задушевные книги-пособия с тусклыми фотографиями (Боголепов Н. К., 1936; “Внебольничная психиатрическая помощь в Москве за 20 лет”, 1940; Джагаров М. А., Балабанова В. К., 1944).

Известно с давних пор разделение психотерапии на “малую” (“общую”, “вспомогательную”) и “большую” (“частную”, “специальную”, применяющую специальные, порою весьма сложные, методы). Деле-

ние это разноречивое, условное. Например, “Психотерапевтическая энциклопедия” (2006) “большой психотерапией” считает лишь “методы психоанализа и близких к нему школ”, а “малой” — “рациональную психотерапию (беседы с больным) и “способы, основанные на внушении и релаксации” (с. 595). Таким образом, гипнотерапия с её возможными осложнениями здесь оказывается “малой” психотерапией. Мне ближе понимание “малой” (“общей”) психотерапии как психотерапевтическое “вспомогательное средство”, “общая атмосфера”, а квалифицированная “рациональная психотерапия”, “гипносуггестивная”, “аутогенная тренировка” и другие специальные методы всё же входят в область “большой” психотерапии (Рожнов В. Е., 1985, с. 11 – 12). Да и сегодняшним студентам-медикам сообщается о том, что для применения “специальных психотерапевтических методов (гипнотерапия, аутогенная тренировка, психоаналитические, поведенческие методы и др.)” необходимо пройти специализацию. Но “врач любой специальности может осуществлять и должен не жалеть на это времени психотерапевтическое общение с пациентами в рамках когнитивной (разъясняющей, успокаивающей, ободряющей) психотерапии с элементами внушения” (Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф., 2005, с. 242).

Для занятий малой психотерапией в психиатрии не обязательно получать специальность врача-психотерапевта. Но желательно пройти хотя бы месячный цикл усовершенствования по психотерапии для психиатров. Дело в том, что даже малая психотерапия больных шизофренией, составляющих большинство в психиатрической амбулатории, требует хотя бы знакомства со специальными психотерапевтическими методами, элементы которых участковый психиатр способен применять в своей загруженной (в том числе необходимостью много писать), напряжённой работе. Эти специальные психотерапевтические методы не смогу здесь описать, потому что, описывая их коротко, как это положено в статье, возможно только запутать приступающего к их изучению врача, а то и вызвать недоумение. Поэтому лишь перечислю эти методы, но дам рядом номера страниц книг для неспешного знакомства с методами и творческого раз-

¹ Профессор кафедры психотерапии и сексологии ГБОУ ДПО “Российской медицинской академии последипломного образования” Минздравсоцразвития России.

мышления о том, какие элементы можно взять из этих методов для повседневной своей работы. Элементы, не требующие в текущей работе заметного времени, но незаметно вплетающиеся в ткань беседы с больным, растворяющиеся в общении с ним. Эти методы суть следующие.

1. *Психотерапевтический эмоциональный интимный контакт с больными шизофренией* (и только с больными шизофренией). Учение об этом особом лечебном контакте, *собирающем* профессиональной врачебной сердечностью разлаженную (и потому охваченную болью одиночества) шизофреническую душу, ведёт свою историю от француза Филиппа Пинеля (1745 – 1826), россиянина Сергея Сергеевича Корсакова (1854 – 1900) и Семёна Исидоровича Консторума (1890 – 1950), швейцарца Якоба Клези (1885 – 1980). См.: Бурно М. Е., 2006, с. 421 – 426; Бурно М. Е., 2009, с. 132 – 158; Бурно М. Е., 2012, с. 241 – 259.

2. *Разъясняющие клиничко-психотерапевтические беседы*. См.: Консторум С. И., 2010, с. 78 – 96.

3. *Лёгкие сеансы расслабления с внушением раскрепощения природных лечебных сил организма*. См.: Бурно М. Е., 2012, с. 164–168, 417 – 418.

4. *Осторожные аналитические беседы* в случае настойчивых просьб больного (но без психоаналитических раскопок детства): т.н. *психоаналитическая психотерапия* (с опорой на повседневную реальность), но не *психоанализ*. См.: “Клиническая психиатрия”, 1998, с. 373 – 374, 380 – 381.

5. *Активирующая психотерапия*. См.: Консторум С. И., 2010, с. 67 – 96.

6. Элементы *Терапии творческим самовыражением*. См.: Бурно М. Е., 2006, с. 285 – 305, Бурно М. Е., 2012, с. 437 – 467.

Бывает, нет времени на всё это изучение, обобщение, творческое выявление элементов малой психотерапии из специальных методов — для повседневной краткой работы с больным между лекарствами и бумагами. Нет времени по причине напряжённой диспансерной жизни. Но если есть профессиональное сочувствие к больным, то возможно, думается, попытаться хотя бы проникнуться “общей атмосферой” малой психотерапии, постаравшись вчувствоваться в слова психиатров-клиницистов, которые привожу ниже. Эти слова-переживания могут прибавить нам душевного света и, значит, сил для нашей трудной работы.

Пинель (1801). “Постоянный опыт показывает, что ничто так не влияет на восстановление рассудка, как доверие, которое следует внушать душевнобольному. Тогда он делается послушным и покорным, чувствует старания, прилагаемые для его выздоровления и, благодаря этому, умственные его способности восстанавливаются всё более и более” (Пинель Ф., 1899, с. 192).

Корсаков (1901). “Многие больные, с виду мало понимающие, очень живо чувствуют, что с ними обращаются как с бессмысленными существами, и, ко-

нечно, страдают от этого” (Корсаков С. С., 1901, с. 580).

Клези (1935). “Мы, врачи, являемся для него (неизлечимого душевнобольного — М. Б.) миром, в котором он живёт и, благодаря нашему участию и любви, которые мы ему даём, он сотрудничает с нами и по-своему радуется жизни. Даже обычный вопрос о его самочувствии, пожатие руки или взгляд врача, доволен ли он, в порядке ли его одежда, может быть для него ободрением или событием. (...) Сам врач при этом ежедневно чувствует своё высокое призвание в том, что он создаёт работоспособность, умение радоваться и счастье пациентов не профессиональными уловками и рецептами, а только единственно благодаря силе своей личности” (Kläsi J., 1937, s. 94).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боголепов Н. К.* Вопросы невро-психиатрической диспансерной практики. — М.: Моск. гор. отдел здравоохранения, 1936. — 118 с.
2. *Бурно М. Е.* Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. — М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. — 800 с.
3. *Бурно М. Е.* Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2009. — 719 с. с ил.
4. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. — 487 с. с ил.
5. Внебольничная психиатрическая помощь в Москве за 20 лет (1919 – 1939): Сборн. трудов конференции, посвящённой двадцатилетию московской районной психиатрии / Под ред. О. В. Кербикова. — М.: Московск. Клинич. Психиатрич. Больница им. П. Б. Ганнушкина, 1940. — 198 с.
6. *Джагаров М. А., Балабанова В. К.* Дневной стационар для душевнобольных. — М.: 1-я Московская психиатрическая больница, 1944. — 60 с.
7. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry by Kaplan&Sadock / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. — 512 с.
8. *Консторум С. И.* Опыт практической психотерапии. — Изд. 3-е, стереотипное. — М.: Медицинская книга, 2010. — 172 с.
9. *Корсаков С. С.* Курс психиатрии. Изд. 2-е, посмертн., перераб. Автором. — М.: Изд-е Общества для пособия нуждающимся студентам Императорского Московского Университета, 1901. — 1114 с. прилож.
10. *Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф.* Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов. — М.: МЕД пресс-информ, 2005. — 416 с.
11. *Пинель Ф. (Dr. Ph. Pinel)*. Медико-философское учение о душевных болезнях: Пер. с франц. — СПб.: Изд-е журнала “Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии”, 1899. — 258 с.
12. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под ред. М. Е. Бурно, Е. А. Добролюбовой. — М.: Академический Проект, ОППЛ, 2003. — 880 с. с ил.
13. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — 3-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Питер, 2006. — 944 с.
14. *Рожнов В. Е.* Медицинская деонтология и психотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е изд., доп. и перераб. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 7 – 19.
15. *Kläsi Jakob.* Vom seelischen Kranksein Vorbeugen und Heilen. Bern: Haupt, 1937. — 94 sec.

Учёт волеизъявления недееспособного пациента в общемедицинской практике

Ю. Н. Аргунова

Дается анализ правового регулирования оказания медицинской помощи недееспособным пациентам. Рассмотрены случаи, при которых медицинское вмешательство возможно только с согласия недееспособного гражданина, а также случаи, при которых требуется решение суда

Ключевые слова: медицинское вмешательство, недееспособный, согласие, волеизъявление

По общему правилу необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В отношении граждан, признанных судом недееспособными, такое согласие до недавнего времени требовалось исключительно от их законных представителей — опекунов либо администрации психиатрических больниц, психоневрологических интернатов, других учреждений, наделенных опекунскими функциями в отношении помещенных в них недееспособных граждан либо органов опеки и попечительства (в случае, если опекун недееспособному еще не был назначен). В случаях, когда опекунские функции осуществляло лечебное учреждение, оно одновременно и оказывало медицинскую помощь и давало за недееспособного гражданина согласие на её оказание. Волеизъявление самого лишённого дееспособности пациента юридического значения не имело.

Принцип автоматического и полного замещения согласия недееспособного гражданина на медицинское вмешательство (равно как и отказа от него), согласием (отказом) его опекуна и придание такому решению статуса “добровольного” не соответствовал Конституции РФ, общепризнанным принципам¹ и нормам международного права, международным обязательствам России в сфере прав человека. Любое медицинское вмешательство непосредственно затрагивает автономию личности человека, его физическую неприкосновенность, а зачастую и свободу. Поэтому такое замещение недопустимо в тех случаях, когда сам гражданин обладает способностью выразить свое

отношение к предложенному лечению, независимо от формального статуса недееспособного лица.

С принятием *Федерального закона от 6 апреля 2011 г. № 67-ФЗ “О внесении изменений в Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации*” предусмотренный в базовом законе (Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан) порядок оказания медицинской помощи недееспособным гражданам вступил и в логическое противоречие с отраслевым законодательным актом — Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи), поскольку недееспособные пациенты психиатрической службы по этому закону приобрели права, которыми не обладали недееспособные пациенты общесоматического профиля. Было введено требование о получении у недееспособного гражданина добровольного информированного согласия на оказание ему психиатрической помощи любого вида (освидетельствование, лечение, госпитализацию) или отказа от неё при условии, если недееспособный гражданин по своему состоянию способен выразить свою волю.

Данные изменения в Закон о психиатрической помощи были внесены в соответствии с правовой позицией Конституционного Суда РФ, признавшего самостоятельность недееспособного гражданина в некоторых сферах правоотношений². В связи с тем, что законодатель своевременно не внес аналогичные изменения также и в Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, возникла абсурдная ситуация: форму согласия на лечение в психиатрическом стационаре

¹ Меры защиты не должны автоматически лишать лицо права выражать согласие или отказываться от любого вмешательства в сфере здоровья или принимать иные решения личного характера в любое время, когда лицо способно совершать такие действия (Принцип 3 Рекомендации Комитета Министров Совета Европы № R (99) 4 “О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых”).

² Постановление Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова.

недееспособный пациент подписывал сам, а в общемедицинском стационаре за него это делал опекун.

Новый базовый *Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”* (далее Закон № 323-ФЗ) устранил в этом вопросе очевидный пробел. Подготовленные при участии НПА России предложения о необходимости учета волеизъявления недееспособного пациента при оказании ему медицинской помощи³ были учтены Госдумой при рассмотрении законопроекта в третьем чтении и вошли в текст принятого закона⁴.

1. Согласие недееспособного пациента на медицинское вмешательство⁵

В соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 20 Закона № 323-ФЗ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении лица, признанного недееспособным, дает его законный представитель, если такое лицо по своему состоянию *не способно дать согласие*⁶ на медицинское вмешательство.

Это означает признание на законодательном уровне права недееспособного гражданина самостоятельно решать вопрос об оказании ему теперь не только психиатрической, но и любой другой медицинской помощи, в т.ч. получать такую помощь при самостоятельном (без участия опекуна) обращении в лечебное учреждение. При этом решение недееспособного лица должно быть *информированным*, т.е. основанным на предоставленной ему медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с

³ Рекомендации были подготовлены совместно с международной неправительственной общественной организацией “Психиатрический правозащитный центр (MDAC)”, региональной общественной организацией инвалидов “Перспектива” и благотворительной общественной организацией “Центр лечебной педагогики”.

⁴ Статьи Закона № 323-ФЗ, касающиеся учета волеизъявления недееспособного пациента, вступили в силу с 1 января 2012 г.

⁵ Медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности (п. 5 ст. 2 Закона № 323-ФЗ).

⁶ Следует иметь в виду, что формулировка п. 1 ч. 2 ст. 20 Закона № 323-ФЗ о неспособности недееспособного лица “дать согласие” на медицинское вмешательство не вполне корректна, поскольку не гарантирует лицу право выбора. Данная норма должна подразумевать неспособность лица выразить свою волю, принять решение, т.е. неспособность как дать согласие, так и возражать. Ориентированность врачей на выявление неспособности лица дать лишь утвердительный ответ в отношении медицинского вмешательства, который, с точки зрения врачей, может являться единственным разумным, представляется неверной.

ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (ч. 1 ст. 20 Закона № 323-ФЗ). Такое решение не будет удовлетворять требованиям *добровольности*, если оно дано под влиянием обмана, насилия либо угроз со стороны медицинского персонала или других лиц. Согласие (или отказ) недееспособного лица на медицинское вмешательство должно быть *осознанным*, т.е. состояние такого лица должно позволять ему выразить свою волю. Соответственно у врача и других медицинских работников появилась обязанность предоставлять недееспособному пациенту указанные выше сведения и выяснять его личное отношение к предлагаемому лечению, определяя при этом состояние недееспособного лица на предмет выявления его способности (неспособности) выразить свою волю.

С требованиями п. 1 ч. 2 ст. 20 Закона № 323-ФЗ не согласуются, однако, положения, предусмотренные ч. 2 ст. 22 этого же закона, фактически лишаящие недееспособных пациентов права на получение информации о состоянии здоровья. Согласно ч. 1 ст. 22 Закона № 323-ФЗ каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в т.ч. сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Вместе с тем, в ч. 2 ст. 22 указывается, что в отношении граждан, признанных недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям. В этой норме было бы правильнее указать, что такая информация предоставляется “также” их законным представителям.

Данное противоречие в законе должно все же истолковываться в пользу недееспособных пациентов, которые наравне с другими пациентами, а также наравне со своими законными представителями вправе получить информацию, касающуюся состояния их здоровья, в полном объеме. Недееспособность не исключает сохранения у лица способности воспринимать и оценивать информацию о состоянии своего здоровья. Право их опекунов на получение такой информации можно было прописать в отдельной части ст. 22. Как в теоретическом, так и в практическом аспекте в расчет должен приниматься в первую очередь не статус недееспособного лица, а состояние пациента, в т.ч. особенности его психического состояния, с учетом которых ему и должна предоставляться информация.⁷

⁷ Так, в соответствии с абзацем третьим ч. 2 ст. 5 Закона о психиатрической помощи все лица, страдающие психиче-

Не будет иметь разумного объяснения практика сообщения недееспособному пациенту информации о методах его лечения, связанных с ними риске, последствиях медицинского вмешательства и других, перечисленных в п. 1 ч. 2 ст. 20 закона сведений, и одновременно отказа в информировании пациента о самом наличии заболевания, результатах проведенного ему обследования. А такой отказ может последовать, исходя из правила ч. 2 ст. 22 закона.

Итак, принцип информированного согласия недееспособного пациента в новом законе обозначен, однако механизм его реализации с учетом указанного противоречия внутри самого закона в полной мере не обеспечен.

2. Отказ недееспособного пациента от медицинского вмешательства

Как следует из ч. 3 ст. 20 Закона № 323-ФЗ, законный представитель лица, признанного недееспособным, имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, когда медицинское вмешательство допускается без согласия недееспособного гражданина и его законного представителя), если недееспособное лицо по своему состоянию *не способно отказаться от медицинского вмешательства*. Под неспособностью отказаться от медицинского вмешательства, по нашему мнению, следует понимать неспособность лица выразить свою волю⁸.

Закон впервые наделяет недееспособного пациента правом отказаться от медицинского вмешательства, в т.ч. ранее “санкционированного” его законным представителем. Состояние недееспособного в период нахождения в лечебном учреждении может меняться. Хотя такой пациент в любое время может заявить лечащему врачу о своем отказе от того или иного медицинского вмешательства или требовать прекратить его, решение недееспособного пациента юриди-

скими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на получение в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемым методах лечения.

⁸ Требование международно-правовых актов об учёте волеизъявления недееспособного пациента при оказании медицинской помощи задолго до принятия нового базового Закона № 323-ФЗ было учтено в ведомственном нормативном акте Федерального медико-биологического агентства. Согласно п. 4.4. *Инструкции по заполнению бланка добровольного информированного согласия, утвержденной приказом ФМБА от 30 марта 2007 г. № 88*, если пациент отказывается от дальнейшего проведения лечения и настаивает на выписке из стационара, бланк вклеивается в медицинскую карту стационарного больного вместе с выписным эпикризом. В случае, если пациент является недееспособным лицом и его состояние не позволяет выразить его законную волю, то бланк отказа от проведения медицинского вмешательства подписывает его опекун или иной законный представитель.

чески значимым для врачей становится лишь при условии, если у него не утрачена способность к волеизъявлению.

При отказе недееспособного пациента от медицинского вмешательства закон обязывает врача в доступной для пациента форме разъяснить ему возможные последствия такого отказа. Законному представителю разъяснения даются, если недееспособный пациент по своему состоянию не способен выразить свою волю (ч. 4 ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

При отказе законного представителя недееспособного гражданина от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов недееспособного. Законному представителю при этом вменено в обязанность известить орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа (ч. 5 ст. 20 Закона № 323-ФЗ). Данная мера призвана служить гарантией против злоупотреблений опекунами своими полномочиями по решению вопросов об оказании медицинской помощи своим подопечным.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, как и отказ от него оформляется в *письменной форме*⁹, подписывается недееспособным гражданином (или в уже известных случаях его законным представителем), а также медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

В Закон № 323-ФЗ, к сожалению, не вошла норма, предложенная юристами благотворительной общественной организации “Центр лечебной педагогики”, устанавливающая специальные гарантии для лиц, которые не могут собственноручно поставить свою подпись в силу физических и психических ограничений (например, в силу выраженных двигательных расстройств при церебральном параличе, при дисграфии — неспособности овладеть письмом при нормальном развитии интеллекта, а также при нарушениях интеллектуального развития). Такие лица могут выражать свою волю в отношении предлагаемого вмешательства иным способом.

3. Медицинское вмешательство без согласия недееспособного пациента или его законного представителя

⁹ В соответствии с ч. 8 ст. 20 Закона № 323-ФЗ уполномоченному федеральному органу исполнительной власти надлежит утвердить порядок дачи согласия (отказа) на определенные виды медицинского вмешательства, а также форму такого согласия и форму отказа. Положения ч. 8 ст. 20 вступили в силу с 23 ноября 2011 г. — со дня официального опубликования закона, т.е. раньше, чем вступили в силу другие положения ст. 20 закона.

Без согласия недееспособного гражданина или согласия его законного представителя медицинское вмешательство допускается, если оно необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни недееспособного и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствует его законный представитель (п. 1 ч. 9 ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

В этом случае решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), самого недееспособного гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, а также его законного представителя, если недееспособный по своему состоянию не способен выразить свою волю.

Решение консилиума врачей потребуется также при недобровольном медицинском вмешательстве в отношении недееспособного гражданина, страдающего заболеванием, представляющим опасность для окружающих.

4. Права недееспособных граждан при трансплантации органов и тканей человека

Закон № 323-ФЗ ни при каких условиях *не допускает изъятие органов и тканей для трансплантации у живого лица, признанного недееспособным* (ч. 3 ст. 47). Этот же запрет установлен и в ст. 3 **Закона РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 “О трансплантации органов и (или) тканей человека”** (далее — Закон о трансплантации). Ранее действовавшие Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан такой нормы не содержали.

Если же в трансплантации нуждается сам недееспособный пациент, то пересадка ему органов и тканей человека может быть осуществлена по правилам, предусмотренным ч. 5 ст. 47 Закона № 323-ФЗ. В случае если недееспособный пациент (реципиент) по своему состоянию не способен дать информированное добровольное согласие, данное медицинское вмешательство осуществляется при наличии информированного добровольного согласия его законного представителя. *Если недееспособный реципиент способен выразить свою волю, он должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством.*

Статья 6 Закона о трансплантации вступает в этом вопросе в явное противоречие с указанной выше нормой, поскольку не предусматривает права недееспособного, сохранившего способность выразить свою волю, самому решать вопрос о даче согласия на трансплантацию. До приведения ст. 6 данного отраслевого закона в соответствие с ч. 5 ст. 47 Закона № 323-ФЗ должны применяться положения послед-

него из названных законов. Данный вывод следует из общего правила, установленного ч. 3 ст. 3 Закона № 323-ФЗ¹⁰.

Статья 47 Закона № 323-ФЗ не предусматривает возможности пересадки органов и тканей реципиенту без его согласия либо без согласия его законного представителя. Однако такая трансплантация все-таки возможна. Согласно ч. 2 ст. 6 Закона о трансплантации она производится в исключительных случаях, когда промедление в проведении соответствующей операции угрожает жизни реципиента, а получить такое согласие невозможно.

Явно непроработанной и уязвимой, с правовой точки зрения, представляется позиция законодателя в регулировании вопроса о донорстве органов и тканей недееспособного лица после его смерти. По правилам ч. 8 ст. 47 Закона № 323-ФЗ в случае смерти недееспособного лица изъятие органов и тканей из его тела для трансплантации допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей. Во-первых, законодатель “забыл”, что в отношении недееспособного лица решение принимает его законный представитель, а не родитель. Во-вторых, как следует из положения п. 1 ч. 1 ст. 29 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ “Об опеке и попечительстве” со смертью подопечного опека прекращается. Следовательно, законный представитель недееспособного лица с этого момента утрачивает свои полномочия и не вправе отдавать распоряжения уже после смерти своего бывшего подопечного в отношении изъятия его органов. Согласие законного представителя, по нашему мнению, может считаться легитимным, если оно дано при жизни недееспособного лица. Более удачным, поэтому, представляется правило, закрепленное в ст. 8 Закона о трансплантации, в соответствии с которым изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

5. Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней женщины, признанной недееспособной

В соответствии с ч. 7 ст. 56 Закона № 323-ФЗ искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной недееспособной, *если она по своему состоянию не способна выразить свою волю,*

¹⁰ В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона (п. 3 ч. 3 Закона № 323-ФЗ).

возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием самой совершеннолетней, признанной недееспособной.

До принятия Закона № 323-ФЗ данный вопрос вообще не был урегулирован на законодательном уровне. Статья 56 закрепила четыре принципиально важных новеллы:

1) вопрос о сохранении или об искусственном прерывании беременности (т.е. фактически глубоко личный вопрос о материнстве) недееспособная женщина вправе решать по собственному усмотрению при условии, что она по своему состоянию способна к принятию такого решения. Принудительное прерывание беременности, обусловленное лишь отсутствием у женщины дееспособности, являлось бы грубейшим нарушением основных прав человека. Напомним, что по российскому законодательству расторжение брака с недееспособным лицом, а также усыновление его детей осуществляются без согласия недееспособного лица, что не соответствует общепризнанным принципам международного права;

2) единственным законным основанием для искусственного прерывания беременности недееспособной женщины, которая не способна выразить свою волю, является решение суда. Наличие одних лишь медицинских или социальных показаний для проведения данного медицинского вмешательства не достаточно;

3) рассмотрение данного вопроса в суде не может проводиться заочно, в отсутствие недееспособной женщины;

4) с заявлением в суд может обратиться только опекун либо иной законный представитель, в частности психиатрическая больница или ПНИ, наделенные опекунами функциями, в которых находится женщина.

До внесения необходимых дополнений в ГПК РФ дела данной категории должны рассматриваться, по-видимому, в порядке особого производства с участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Недееспособная женщина с учетом правовой позиции Конституционного Суда РФ по вопросу о процессуальном статусе недееспособных граждан вправе выбрать представителя по своему усмотрению для защиты своих интересов в суде. Таким представителем не должен автоматически становиться опекун или учреждение, в котором находится женщина, в силу очевидного конфликта интересов.

6. Медицинская стерилизация недееспособных граждан

Порядок стерилизации недееспособных граждан в законе предусмотрен впервые, он аналогичен правилам, установленным для искусственного прерывания беременности у женщин, признанных недееспособными.

Согласно ч. 2 ст. 57 Закона № 323-ФЗ по заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного недееспособным, *если такое лицо по своему состоянию не способно выразить*

свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолетнего лица, признанного недееспособным. Таким образом, ст. 57, как и ст. 56 нового закона:

– гарантирует легитимность (при определенных условиях) информированного добровольного согласия (отказа) на такое специальное медицинское вмешательство самого недееспособного лица;

– вводит судебную процедуру рассмотрения вопроса о фактически принудительной стерилизации недееспособного гражданина. Проведение такой операции по заявлению (согласию) законного представителя, как говорится “по умолчанию”, что неоднократно имело место в практике ПНИ, является незаконным;

– расширяет пределы гражданской процессуальной дееспособности недееспособных граждан, делая обязательным их участие в гражданском судопроизводстве.

Понятие репродуктивной право-, дееспособности в российском законодательстве не сформировано. Вместе с тем, возможность медицинской стерилизации недееспособных граждан и притом только на основании судебного решения предусматривалась Инструкцией о порядке разрешения операции медицинской стерилизации граждан, утвержденной приказом Минздрава России от 28 декабря 1993 г. № 303. Этот приказ, фактически не соответствовавший закону, просуществовал свыше пяти лет и был отменен приказом Минздравсоцразвития от 18 марта 2009 г. № 120.

В сравнительно-правовом анализе регулирования медицинской стерилизации человека, подготовленном зам. начальника отдела правового регулирования в сфере здравоохранения Минздравсоцразвития России О. О. Салагай¹¹, указывается, что, несмотря на сложную этическую составляющую, законодательство большинства государств сохранило институт стерилизации недееспособных граждан. Условиями проведения такой стерилизации, например, по федеральному закону Швейцарии являются наличие постоянной, но не временной недееспособности, отсутствие возможности воспрепятствовать зачатию посредством добровольной стерилизации партнера. Решение о возможности стерилизации недееспособного лица в этой стране принимается органом опеки и попечительства с учетом заключения экспертов о социальном и психическом состоянии гражданина. Такое решение может быть затем обжаловано в суде, в т.ч. самим недееспособным. В США, Австралии, Великобритании такие решения принимаются судом. Суды Великобритании принимают решение о стерилизации, руководствуясь критериями необходимости и наилучшего интереса, и притом в тех случаях, когда невозможно

¹¹ Салагай О. О. Регулирование медицинской стерилизации человека: сравнительно-правовой анализ и некоторые аспекты совершенствования национального законодательства Российской Федерации // Журнал российского права, 2009, № 7. — С.75 – 83.

применение иного доступного способа контрацепции.

Дополнительным критерием, по мнению О. О. Салагай, может служить также критерий невозможности непосредственного принятия решения о продолжении рода. Данный критерий вытекает из законодательства о здравоохранении, согласно которому каждая женщина вправе самостоятельно решать вопрос о своем материнстве. Следовательно, принятие решения о репродукции за само лицо возможно лишь в том случае, если данное лицо в принципе не осознает и в силу психофизиологических особенностей не может осознавать непосредственной связи между половыми отношениями и зачатием и рождением ребенка (т.е., в частности, не может самостоятельно принимать решение о своем материнстве). О. О. Салагай отмечает, что применение данного критерия позволяет провести принудительную стерилизацию в том случае, если гражданин в принципе не понимает в силу психического заболевания, откуда берутся дети и что это такое, однако сохраняет при этом активную половую функцию, целью которой репродукция не является.

В заключении хотим еще раз подчеркнуть, что закрепленное в базовом Законе № 323-ФЗ право недееспособного гражданина давать согласие на медицинское вмешательство или отказываться от него (при условии сохранения способности выражать свою волю) должно приниматься во внимание медицинскими организациями и при применении отраслевых

законов в сфере здравоохранения, в которые указанные правила еще не включены.

Так, в соответствии с ч. 2 ст. 11 *Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ “Об иммунопрофилактике инфекционных болезней”* профилактические прививки гражданам, признанным недееспособными, проводятся с согласия их законных представителей. О случаях легитимности согласия самого недееспособного гражданина в этой норме не указывается. Учитывая тот факт, что профилактическая прививка, т.е. введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов, является медицинским вмешательством, на ее проведение требуется информированное добровольное согласие гражданина, в т.ч. недееспособного, если он способен выразить свою волю. При этом недееспособный гражданин должен быть проинформирован о возможных рисках, связанных с той или иной прививкой, а также о последствиях, которые могут возникнуть при отказе гражданина от ее проведения (например, о временном отказе в приеме гражданина в оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний; о запрете на выезд в страны, пребывание в которых требует конкретных профилактических прививок и др.). Таким образом, ч. 2 ст. 11 названного федерального закона должна применяться с учетом общих положений Закона № 323-ФЗ.

Можно ли установить группу инвалидности лицу без его согласия?

Ю. Н. Аргунова

Обосновывается несоответствие закону положения п. 24 Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, позволяющего инвалидизировать дееспособное лицо без его согласия. Приводятся результаты опроса экспертов в отношении применения данной нормы.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза, инвалидность, дееспособное лицо, согласие

Медико-социальная экспертиза (далее — МСЭ) проводится в соответствии с законодательством о социальной защите инвалидов. Согласно ч. 4 ст. 1 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” (далее — Закон № 181-ФЗ) обязанности по установлению порядка и условий признания лица инвалидом возложены на Правительство РФ.

В соответствии с п. 24 Правил признания лица инвалидом, утвержденных постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95, МСЭ проводится по заявлению гражданина (его законного представи-

теля). Отсюда следует, что *освидетельствование и установление инвалидности дееспособному лицу возможны только на добровольной основе*. Наличие направления на МСЭ, выданное организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, не обязывает лицо проходить такую экспертизу. Для проведения МСЭ помимо направления необходимо также личное заявление лица, в котором он формулирует просьбу о проведении МСЭ и указывает её цели. Устное или письменное согласие лица на проведение МСЭ, отраженное в медицинской документации, не заменяет подачу заявления. За гражданина, признан-

ного судом недееспособным, заявление в бюро МСЭ подает его законный представитель.

Большие трудности на практике возникают при установлении инвалидности больным с выраженными нарушениями психических функций,еспособным удовлетворять основные жизненные потребности, но при этом не лишенным судом дееспособности и поэтому не имеющим законных представителей. Такие больные, как правило, не способны к принятию осознанного решения в отношении установления им группы инвалидности, по болезненным мотивам нередко уклоняются от прохождения МСЭ, а впоследствии отказываются от получения пенсии. Известен случай, когда инвалидизированная по инициативе своей матери больная, страдающая хроническим психическим заболеванием, социально дезадаптированная, имеющая троих малолетних детей и испытывающая материальную нужду, обжаловала в суд незаконное, по ее мнению, решение бюро МСЭ об установлении ей инвалидности и выиграла дело. Суд удовлетворил ее требование на том основании, что она с заявлением о проведении ей экспертизы в учреждении МСЭ не обращалась.

Закон № 181-ФЗ не содержит специальных правил в отношении инвалидизации граждан данной категории. Возможность проведения МСЭ, включая освидетельствование, дееспособному лицу без его согласия, в случаях, когда лицо по своему состоянию не способно к волеизъявлению, не предусматривается также и в постановлении Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 “О порядке и условиях признания лица инвалидом”.

Правила психиатрического освидетельствования в недобровольном порядке, предусмотренные Законом о психиатрической помощи, касающиеся беспомощных больных, неспособных самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности (п. “б” ч. 4 ст. 23), либо больных, находящихся под диспансерным наблюдением (ч. 5 ст. 23), к данным правоотношениям не применимы, поскольку МСЭ не относится к сфере действия указанного закона.

До недавнего времени направление больных данной категории на МСЭ нередко происходило по инициативе их родственников, которые от имени больных подписывали заявление, давали согласие на обработку персональных данных, получали документы с результатами их освидетельствования и оформляли пенсию, не имея при этом доверенности от самого больного. В направлении на МСЭ (форма № 088/у-06)¹ в графе № 4 (фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина при его наличии) под видом законного представителя такого гражданина врачи в обход закона указывали родственника больного. Допускалось

¹ Форма № 088/у-06 “Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь” утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 31.01.2007 № 77.

также, что больному, фактически не понимающему существа дела, в документах достаточно было вместо подписи поставить “закорючку”.

Имеющийся пробел в законодательстве попытался устранить Минздравсоцразвития России, утвердивший своим приказом от 11 апреля 2011 г. № 295н *Административный регламент по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы* (далее — Регламент).

В соответствии с абзацем двенадцатым подпункта “б” п. 24 данного Регламента **в случаях, когда состояние здоровья получателя государственной услуги не позволяет ему выразить свою волю и отсутствует законный представитель, освидетельствование получателя государственной услуги проводится по заявлению, подписанному лечащим врачом и председателем врачебной комиссии (заместителем главного врача организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь гражданину).**

Данная новелла на первый взгляд вносит некоторую упорядоченность в вопрос о процедуре освидетельствования данной категории больных в рамках МСЭ. Её концепция, по-видимому, исходит из того, что для таких больных “наибольшим из зол” служит их неохваченность мерами социальной защиты, нежели нарушение их права отказаться от таких мер. Иными словами, более значимым правом таких граждан признается их право на получение пенсии, индивидуальной программы реабилитации, других мер социального обеспечения, потребность в которых они не способны осознавать. Право не давать согласие на освидетельствование для определения потребности в таких мерах, вынужденно отступает на второй план, исходя из фактических интересов самих же правообладателей. Такая позиция, в целом, служит реализации законодательства о социальной защите инвалидов, а также корреспондирует ст. 8 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон № 323-ФЗ) об обеспечении социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья.

Предусмотренный Регламентом учет способности гражданина по состоянию здоровья выразить свою волю в отношении освидетельствования специалистами МСЭ находится в русле изменений, внесенных в 2011 г. в законодательство о здравоохранении и социальном обслуживании. Требование о выявлении и учете способности гражданина, страдающего тяжелым психическим расстройством, выразить свою волю в отношении оказания медицинской, в т.ч. психиатрической, помощи, а также в отношении помещения в ПНИ, было введено в Закон о психиатрической помощи и предусмотрено в новом Законе № 323-ФЗ. Это требование, однако, распространяется лишь на недееспособных граждан, что является упущением законодателя. В отношении дееспособных граждан, состояние которых не позволяет им выразить свою волю, медицинское вмешательство возможно лишь по экстренным показаниям (для устранения угрозы

жизни). Решение в этом случае принимается консилиумом врачей или непосредственно лечащим врачом (п. 1 ч. 9 ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

Вместе с тем, несмотря на позитивные аспекты нововведения, предусмотренного п. 24 Регламента, эту норму можно назвать суррогатной. Она не соответствует закону, некорректна по изложению, не имеет развития и последовательного закрепления в других пунктах Регламента, не обеспечена в организационно-методическом плане и, наконец, не решает основной проблемы, связанной с инвалидизацией лиц с тяжелыми психическими заболеваниями.

Хотя данный ведомственный нормативный акт и прошел регистрацию в Минюсте России, его заведомое несоответствие подзаконному акту (указанному выше постановлению Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95) вполне очевидно.

1. В п. 24 Регламента определены условия, при которых проведение МСЭ осуществляется при отсутствии строго обязательного для начала ее проведения документа — заявления самого гражданина, не признанного недееспособным. Очевидно, что ministerский приказ не может вводить правила, ограничивающие действие правительственного постановления.

2. Пункт 24 Регламента возложил на лечащего врача новую, не свойственную ему обязанность: он должен составлять от своего имени заявления с просьбой об освидетельствовании своих пациентов специалистами МСЭ. Между тем, понятие “лечащий врач” и его правовой статус определяются не законодательством о социальной защите инвалидов, а законодательством о здравоохранении, которое согласно п. 23 Регламента не включено в число правовых оснований для проведения МСЭ. Как следует из п. 15 ст. 2 и ст. 70 Закона № 323-ФЗ лечащий врач² призван оказывать пациенту медицинскую помощь, он не обязан осуществлять полномочия по представлению интересов пациента в учреждениях МСЭ. Обязанности же председателя врачебной комиссии организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь, исчерпываются выдачей направления на МСЭ по установленной форме.

3. Регламентом вводится по-существу новый вид психиатрического освидетельствования лица без его согласия. Такая новелла, по нашему мнению, может вводиться только законодательным актом.

Следует отметить, что правовая природа такого действия как освидетельствование в рамках МСЭ не вполне ясна. С одной стороны, МСЭ согласно Закону № 323-ФЗ — это вид медицинской экспертизы, а её проведение согласно Регламенту — госуслуга. С другой стороны, освидетельствование, которое осуществ-

ляется при проведении такой экспертизы, имеет свойства, присущие медицинскому вмешательству, но при этом ни в одном нормативном акте, включая Регламент, такое освидетельствование специально не регламентируется. Если признать, что освидетельствование в рамках МСЭ относится к медицинскому вмешательству, то на него должно распространяться правило, предусмотренное п. 3 ч. 9 ст. 20 Закона № 323-ФЗ, в соответствии с которым решение о медицинском вмешательстве в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, без их согласия принимается только судом. В то же время, психиатрическое освидетельствование при проведении МСЭ не подпадает под категорию психиатрического освидетельствования как вида медицинского освидетельствования, поскольку второе из них, как следует из ч. 5 ст. 65 Закона № 323-ФЗ, проводится в соответствии с Законом о психиатрической помощи. А этот закон, как уже отмечалось, не включен в число правовых оснований для проведения МСЭ.

Такая неопределенность и рассогласованность в нормативной базе привела к формированию порочной в правовом отношении практики освидетельствования специалистами МСЭ граждан, находящихся в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке. У некоторых из опрошенных нами руководителей бюро МСЭ сложилось ложное представление о том, что если лицо помещено в психиатрический стационар без его согласия по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона о психиатрической помощи, и имеется решение суда о правомерности такой госпитализации, то это дает право специалистам бюро МСЭ по согласованию с врачами психиатрического стационара освидетельствовать такого пациента без его согласия уже в рамках проведения МСЭ. Такой позиции придерживается, например, руководитель экспертного состава специализированного (психиатрического) профиля № 17 Федерального бюро МСЭ О. Н. Грибанова. С её точки зрения, в таких случаях для проведения МСЭ достаточно заявления, подписанного родственником пациента либо главным врачом психиатрического учреждения. В ответ на подобные утверждения следует еще раз подчеркнуть, что решение суда, позволяющее оказывать лицу психиатрическую помощь в недобровольном порядке, не распространяется на процедуру его освидетельствования для установления инвалидности.

4. В п. 24 Регламента говорится о заявлении, которое необходимо для освидетельствования лица, в то время как согласно Правилам признания лица инвалидом и нормам самого Регламента от лица требуется заявление не об освидетельствовании, а о проведении ему МСЭ. Отмеченное противоречие, т.е. фактически подмена понятий и действий, ведет к размыванию правовых институтов и как минимум к ошибкам при оформлении документов лечащим врачом и председателем врачебной комиссии.

5. В Регламенте не уточняется: а) в отношении каких обстоятельств (факта подачи заявления, необхо-

² *Лечащий врач* — врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения (п. 15 ст. 2 ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”).

димости прохождения освидетельствования, последствий инвалидизации и др.), б) в каком порядке и в) кому надлежит оценивать способность больного (“получателя госуслуги”) выразить свою волю. Является ли это функцией лечащего врача или находится в компетенции врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения (далее — ЛПУ)? Не указывается, как соответствующий вывод врачей должен быть отражен в медицинской и другой документации (истории болезни, направлении на МСЭ, заявлении об освидетельствовании).

6. Правило, установленное в п. 24 Регламента, не способно обеспечить решение проблемы, связанной с инвалидизацией больных с тяжелыми психическими расстройствами, не способных выразить свою волю, поскольку оно регулирует лишь начальный этап инвалидизации — оформление заявления в бюро МСЭ. Дальнейшая последовательность действий с учетом специфики данных случаев в нормативном акте не прописана. Возникает множество вопросов. Кто должен подать в бюро МСЭ подписанное лечащим врачом заявление? Как должно исполняться предусмотренное п. 11 Регламента действие по направлению гражданину приглашения на освидетельствование и какая процедура должна осуществляться, если гражданин откажется от явки на освидетельствование или не захочет впустить в квартиру специалистов бюро (при МСЭ на дому) или не даст согласия подвергнуться такому освидетельствованию, находясь на стационарном лечении? Следует ли специалистам бюро выяснять способность такого лица к принятию решения в отношении проведения МСЭ или им следует руководствоваться мнением на этот счет лечащего врача ЛПУ, подписавшего заявление вместо больного? Чьим мнением (своим или мнением лечащего врача) надлежит руководствоваться специалистам МСЭ при выполнении п. 54 Регламента, предписывающего специалистам бюро в день проведения экспертизы информировать гражданина о порядке и условиях признания лица инвалидом? Вправе ли специалисты бюро не исполнять п. 9 Регламента, обязывающий их выдать самому гражданину по результатам МСЭ справку об установлении инвалидности и кому (родственнику гражданина, лечащему врачу или иному лицу) такая справка может быть выдана, если сам гражданин доверенность на совершение этих действий ни на кого не оформлял?

Не удивительно, что при неурегулированности указанных административных процедур практика в большинстве регионов исходит из расширительного толкования п. 24 Регламента. Это касается в первую очередь ЛПУ, которые проявляют инициативы, влекущие нарушение законности. Так, врачебные комиссии психиатрических учреждений одновременно с подготовкой заявления в бюро МСЭ об освидетельствовании своего пациента выдают его родственнику (или другому лицу, например, социальному работнику) доверенность на право получения из бюро МСЭ документов с результатами освидетельствования

(справку об инвалидности и индивидуальную программу реабилитации инвалида) для оформления пенсии и получения (при необходимости) технических средств реабилитации из учреждения Фонда социального страхования.

Такой порядок действий ни Регламентом, ни другими нормативными правовыми актами не предусмотрен. Подобные действия, совершаемые лицами, выполняющими в лечебных учреждениях организационно-распорядительные обязанности, при определенных условиях могут быть квалифицированы как превышение должностных полномочий.

ЛПУ оказались не готовы к исполнению новых для себя функций. По мнению члена Правления РОП Ю. Ф. Голубева (г. Липецк), обратившегося к автору данной статьи за консультацией, применение данной нормы выявляет множество нерешенных организационно-правовых вопросов. Выражается обеспокоенность, в частности тем фактом, что в заявлении о проведении больному МСЭ, подаваемому врачом от своего имени, врач вынужден указывать данные своего паспорта, адрес проживания. Таким образом, персональные данные врачей становятся известными неопределенному кругу лиц, включая родственников больного, добросовестность которых, по мнению врачей, ничем не гарантирована. Руководитель Главного бюро МСЭ по Московской области Е. К. Козьмиди тем не менее считает возможным принятие заявлений от врачей об освидетельствовании их пациентов в бюро МСЭ. По ее словам, указания в таком заявлении паспортных данных лечащего врача вверенное ей бюро МСЭ не требует.

Чтобы избежать возможных нежелательных для себя последствий, врачи-психиатры предлагают два варианта:

1) изменить порядок оформления заявлений, предоставив врачебным комиссиям право выдавать доверенность родственнику больного на совершение всех действий по оформлению инвалидности, включая подачу заявления; либо

2) если больной не способен к волеизъявлению в отношении своей инвалидизации, рекомендовать родственникам вначале обратиться с заявлением в суд о признании больного недееспособным и оформить над ним опеку, после чего один из родственников на правах законного представителя сможет подать заявление в бюро МСЭ с просьбой о проведении своему подопечному МСЭ.

Предлагаемые варианты решения не являются, с нашей точки зрения, приемлемыми.

Наша позиция о необходимости незамедлительного внесения изменений и дополнений в Регламент Минздравсоцразвития России поддерживается специалистами учреждений МСЭ, которые так же, как и врачи ЛПУ, испытывают административные трудности при решении вопросов инвалидизации лиц с тяжелыми психическими расстройствами и нуждаются в подробном алгоритме действий по проведению таких МСЭ.

Так, по мнению руководителя Главного бюро МСЭ по г. Москве Г. В. Лапшиной, предусмотренное п. 24 Регламента заявление лечащего врача на проведение освидетельствования больного, состояние которого не позволяет ему выразить свою волю, не имеет для специалистов МСЭ юридической силы. Если такой больной после получения в бюро разъяснений о целях и порядке инвалидизации отказывается от прохождения МСЭ, освидетельствование ему не проводится, несмотря на наличие у него явных признаков инвалидности, а также направления ЛПУ и заявления врача. Отказ такого больного от прохождения МСЭ Г. В. Лапшина рекомендует оформлять в письменном виде. Позицию психиатров ЛПУ, которые для облегчения процесса инвалидизации таких больных предлагают признавать их через суд недееспособными, главный эксперт по МСЭ г. Москвы не поддерживает и считает опасной в плане возможных злоупотреблений. Г. В. Лапшина не разделяет также идею о проведении таким больным заочной МСЭ ввиду наличия в ряде случаев диагностических и иных расхождений во мнениях врачей ЛПУ и специалистов МСЭ.

Проведение МСЭ дееспособному лицу, страдающему тяжелым психическим расстройством, без его личной просьбы считает недопустимым и руководитель Главного бюро МСЭ по Самарской области К. А. Борисов. Проблема инвалидизации таких граждан, если они не способны к волеизъявлению, — это, по его выражению, “правовая яма”.

Нелегитимность положений п. 24 Регламента была вынуждена признать и руководитель организационно-методического отдела Федерального бюро МСЭ Н. В. Дмитриева. Она отметила, что в своей работе специалистам бюро МСЭ следует руководствоваться законом и подзаконными актами, а не приказами министерства, подчеркнув при этом, что не только проведение МСЭ, но и обжалование решения учреждения МСЭ возможны только по личному заявлению гражданина.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Решить проблему инвалидизации граждан, которые по своему психическому состоянию не способны выразить свою волю, лишь мерами ведомственного нормотворчества, т.е. путем изменения Регламента, вряд ли удастся. Пошаговая конкретизация последовательности действий ЛПУ и учреждений МСЭ по

инвалидизации таких граждан, безусловно, необходима. Однако обеспечение законности министерских нововведений не возможно без внесения изменений в законодательные и подзаконные акты.

С учетом того, что статус инвалида не только предоставляет лицу целую систему мер социальной защиты, но и налагает на него ряд предусмотренных законодательством ограничений (в частности, в отношении выполнения определенных видов деятельности), порядок освидетельствования лица, не способного к волеизъявлению, должен иметь четкое правовое регулирование. Можно предложить, в частности **введение судебного порядка** направления таких граждан на МСЭ. По аналогии с судебной процедурой решения вопроса о помещении граждан пожилого возраста и инвалидов в стационарные учреждения социального обслуживания без их согласия в случаях, если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и/или активному передвижению)³. Как в одном, так и в другом случае решается по-существу один и тот же вопрос — об оказании гражданину *социальной поддержки*.

Определенная аналогия здесь просматривается и с регулированием вопроса об оказании таким гражданам психиатрической помощи, который также решается, как известно, в судебном порядке. Закон о психиатрической помощи в этом случае также выделяет критерий беспомощности лица, т.е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности. Кроме того другой критерий для оказания психиатрической помощи без согласия лица — “существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического здоровья, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи” — может быть после соответствующей корректировки использован и при регулировании вопросов инвалидизации лица в судебном порядке. Ведь “существенный вред” для больного может повлечь оставление его не только без медицинской, но и без социальной помощи.

Аналогия здесь, разумеется, неполная. Подчеркнем, что речь идет не о случаях принудительной инвалидизации, т.е. вопреки активному нежеланию гражданина проходить такое исследование, а о ситуациях, при которых гражданин не способен к принятию решения.

³ См.: ст. 15 ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”.

В предыдущем выпуске журнала на стр. 36 допущена опечатка:

в статье Ю. Н. Аргуновой “Уголовная ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар” в абзаце втором вместо слов: “...в Уголовный кодекс РСФСР 1960 г. подобная норма уже входила” следует читать: “...в Уголовный кодекс РСФСР 1960 г. подобная норма уже не входила”.

Клинические и социальные факторы риска агрессивных действий женщин с личностной патологией, направленных против жизни и здоровья. Судебно-психиатрический анализ

В. В. Русина, Е. В. Повалюхина¹

В статье анализируются клинические и социальные факторы риска совершения преступлений против жизни и здоровья женщинами с расстройствами личности в сравнении с контрольной группой психически здоровых женщин, исследуются мотивы и механизмы реализации агрессивных действий, приводятся критерии судебно-психиатрической оценки. Показано высокое криминогенное значение личностных расстройств возбудимого круга, воспитания женщин в дисгармоничных семьях. Реализации агрессивных действий особенно способствует асоциальное окружение.

Ключевые слова: расстройство личности, женщины-преступницы, преступления против жизни и здоровья, судебно-психиатрические критерии, факторы риска.

Отмечаемый последние десятилетия рост числа женщин, совершающих преступления (Snell T. L. et al., 1994; Greenfeld L. A. et al., 1999; Ильяшенко А. Н., 2003), вызвал повышение интереса исследователей различных сфер человеческой деятельности (криминологов, социологов, психологов, психиатров) к данному контингенту. При изучении причин растущей женской криминальной активности используются различные подходы внутри вышеперечисленных дисциплин.

Выдвинутая Ф. Адлер (1975) теория эмансипации утверждает, что изменение гендерных ролей женщин и сближение их с мужскими позволяет женщинам выступать на криминальной арене наравне с мужчинами. Однако эта теория не нашла своего подтверждения в уголовной статистике, отмечающей, несмотря на рост, традиционно низкий уровень женской преступности по сравнению с мужской (Box S., Hale C., 1983; Heidensohn F. M., 1991).

С социологической точки зрения Ф. М. Heidensohn (1996) следует, что исследование женской криминальности следует проводить не путем анализа нарушений поведения и делинквентности, а путем изучения более широкой и более сложной проблемы конформности, которая возникает в результате воздействия жестких рамок общества и механизмов социального контроля, заставляющих женщин подчиняться правилам и приспособляться, и анализ нарушений в области которой, возможно, даст ключ к пониманию и женской

преступности. Контролирующий механизм общества, уменьшающий криминальность, по мнению автора, состоит из различных общественных институтов, таких как полиция, суды, пресса, семья, школа, группы сверстников, и их сложных взаимоотношений, в том числе в виде обычаев и традиций.

Исследуя причины женской преступности, А. Campbell et al (2001) указывали, что женщин к совершению преступлений приводят их ограниченные материальные возможности.

Изучая когнитивную сторону вопроса, S. Bennett et al (2005) объясняли низкий уровень женской криминальной активности более выраженной просоциальной направленностью женщин, поскольку они ранее и гораздо успешнее по сравнению с мужчинами приобретают в детстве социальные когнитивные навыки.

C. R. Hollin et al (2006), обсуждая криминогенные потребности женщин, выразили сомнение в их специфичности.

Несмотря на относительно низкий по сравнению с мужчинами уровень женской преступности, исследователями во многих странах отмечается, что, начиная с середины XX века, число женщин, обвиняемых в совершении насильственных преступлений, более чем два раза превысило таковое у мужчин (Greenfeld L. A., 1999, Laishes J., 2002, Baird V. et al, 2003; Deakin J. et al, 2003; Kruttschnitt C. et al, 2008).

В связи с этим всё большее количество женщин является объектом судебно-психиатрического освидетельствования на всех стадиях уголовного процесса (Gibbens T. C. N., 1971; Smith J. et al, 1991; Mendelson E., 1992). Многими авторами отмечается, что среди женщин-правонарушительниц наблюдается значительно

¹ Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Психоаналитический Центр "Алетей", г. Воронеж.

большой процент страдающих психическими расстройствами по сравнению с мужчинами (Singleton N. et al, 1998; Maruschak L. M., 2006), и наличие психического заболевания увеличивает риск совершения женщинами агрессивных действий (Hodgins S., 1992, 1996; Eronen M. et al, 1995, 1996; Friedman S. H. et al, 2005).

Остановимся на характеристиках и специфических особенностях агрессивных правонарушений, совершаемых женщинами, поскольку, как отметил О. Pollak (1950), “загадка женской преступности скорее не в количественной, а в качественной стороне”. Согласно исследованию Т. L. Snell (1994), женщины совершают тяжкие преступления, потерпевшими в которых становятся близкие им люди, в два раза чаще, чем осужденные за подобного рода деяния мужчины. По данным различных работ (Steffensmeier D. et al, 1996; Fox J. A. et al, 1999; Carcach J. et al, 1998; Campbell et al, 2001; Weizmann-Heneliusab G. et al, 2003; South Richardson D. et al, 2007; Roe-Sepowitz D., 2007; Yourstone J. et al, 2008; Eckhardt K. et al, 2009; Rossenger A. et al, 2009), жертвы убийств, совершенных женщинами, в большинстве случаев были связаны с ними родственными, эмоциональными или интимными связями, и являлись мужьями, интимными партнерами или членами семей правонарушительниц, а преступления чаще всего происходили вследствие конфликтов.

Е. Comack (1999) указывал, что агрессивные действия, совершаемые женщинами, чаще всего носят защитный характер.

М. А. Качаевой (1999), С. Ф. Сафуановым, Т. Б. Дмитриевой (2000), R. Dean et al (2006) было отмечено, что у женщин преобладает внутрисемейная направленность агрессии, прежде всего как ответ на длительные психотравмирующие воздействия.

Растущая криминализация женского населения сделала проблему агрессии особенно актуальной. Поскольку склонность психопатических личностей к агрессивным, в том числе криминальным, поступкам известна давно и выражена значительно, это привлекло внимание судебных психиатров, криминологов и социологов к женскому контингенту пенитенциарной системы.

В Канаде в 1988 г., 1989 г. и 1992 г. были проведены исследования психического здоровья женщин-заключенных и женщин общей популяции, выявившие среди правонарушительниц значительную распространенность (36,8 – 49 %) диссоциального расстройства личности (Laishes J., 2002).

Британскими исследователями А. Maden et al (1990), N. Singleton et al (1998) было выявлено, что у 18 – 50 % отбывающих наказание женщин обнаруживается личностное расстройство. В. Dolan et al (1994) указал, что расстройство личности, преимущественно пограничный тип, отмечалось у 76 % осужденных женщин, в то время как по данным Royal College of

Psychiatrists (1999) распространённость расстройств личности среди населения Великобритании составляла от 6 до 15 %.

В. J. Jordan et al (1996) также выявили у находящихся в заключении женщин высокий по сравнению с общей популяцией уровень расстройств личности, преимущественно диссоциальный и пограничный тип.

P. L. Huckle (1998), проанализировав 62 судебно-психиатрических заключения обвиняемых в совершении тяжких преступлений женщин (совершение или попытка убийства (40,5 %), нанесение тяжких телесных повреждений (52 %)), обнаружил у 25 % обследуемых пограничное расстройство личности и отсутствие какого-либо диагноза у 25 % подэкспертных.

G. Weizmann-Heneliusab, et al. (2003) обследовали 61 женщину, осужденную за совершение тяжких преступлений, из которых в 57 % случаев были совершены убийства, а в 43 % другие агрессивные действия. У 80 % подэкспертных были диагностированы расстройства личности, среди которых наиболее часто встречалось диссоциальное, пограничное и параноидное. Авторы отметили, что преступления в основном совершались в результате ссор в процессе употребления алкоголя. Двадцать три процента женщин совершили агрессивные действия в отношении своих сексуальных партнеров, при этом у половины из них наблюдались расстройства личности, коморбидные злоупотреблению психоактивными веществами и криминальному прошлому.

Н. Putkonen et al (2003) провели ретроспективное исследование 132 судебно-психиатрических заключений женщин, находившихся на судебно-психиатрической экспертизе в связи с обвинением в совершении или попытке убийства. В результате в 61 % случаев у обвиняемых были выявлены расстройства личности.

Изучив 127 заключений судебно-психиатрических экспертиз женщин, совершивших убийства, а также 693 заключения судебно-психиатрических экспертиз, проведенных лицам, совершившим убийства в Финляндии, М. Eronen (1995, 1996) выявил, что по сравнению с женщинами общей популяции у совершивших убийства женщин в 10 раз чаще встречалась личностная патология. Также им было отмечено, что наличие диссоциального расстройства личности увеличивало вероятность совершения убийства женщинами в 50 раз.

Целью настоящего исследования являлось определение клинических и социальных факторов, способствующих совершению преступлений против жизни и здоровья женщинами с расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте в сравнении с психически здоровыми женщинами, совершившими аналогичные преступные действия (контрольная группа), выявление критериев судебно-психиатрической оценки.

Материал: были исследованы 70 подэкспертных с диагнозом “Расстройство личности и поведения в

зрелом возрасте” (основная группа) и 50 психически здоровых подэкспертных (контрольная группа), обвинявшихся в совершении преступлений против жизни и здоровья (убийства, нанесение телесных повреждений различной степени тяжести, преимущественно тяжких), и прошедших судебно-психиатрическую экспертизу.

Использовались следующие **методы**: клинико-психопатологический, клинико-социальный, клинико-психологический, статистический.

Результаты исследования: изучение клинических и социально-демографических характеристик обследованных женщин выявило следующее. Как в основной, так и в контрольной группе отмечалось преобладание женщин до 35 лет (48,6 % и 50 % по группам соответственно, $p < 0,01$).

У подэкспертных основной группы были выявлены следующие типы расстройств личности: эмоционально неустойчивое — 71,4 % (пограничный тип — 57,1 %, импульсивный тип — 14,9 %) шифр F 60.3 по МКБ-10; истерическое — 14,3 %, шифр F 60.4; диссоциальное — 8,6 %, шифр F 60.2; зависимое — 5,7 %, шифр F 60.7. Сопутствующий диагноз “Синдром зависимости от алкоголя” имели 41,4 % женщин, сопутствующий диагноз синдрома наркотической зависимости — 5,8 %. У 28,6 % женщин имелись признаки злоупотребления алкогольными напитками. Также у женщин этой группы отмечалась высокая частота аутоагрессивных действий (41,4 %, $p < 0,01$).

Наследственная отягощённость психическими расстройствами достоверно чаще наблюдалась среди женщин с личностной патологией (51,4 %, $p < 0,01$) по сравнению с психически здоровыми (22 %), особенно алкоголизмом (31,4 %, $p < 0,05$) и личностными расстройствами (13 %, $p < 0,05$).

Женщины основной группы чаще воспитывались вне семьи или в неполных семьях (31,4 %, $p < 0,01$), в которых преобладало равнодушное или враждебное отношение к подэкспертным (54,3 %, $p < 0,01$), а среди членов их семей наблюдался значительный криминальный анамнез (25,7 %, $p < 0,05$). Психические и физические травмы, жестокое обращение в детстве также чаще наблюдалось в семьях женщин с расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (51,1 % и 24 % по группам соответственно, $p < 0,01$). Контрольная группа отличалась большим числом женщин, воспитывавшихся в детстве обоими родителями (92 %, $p < 0,01$) и выросшими в доброжелательной обстановке (76 %, $p < 0,01$).

Уровень полученного образования у женщин с личностной патологией был значительно ниже, отмечалось преобладание начального/неполного среднего и среднего образования (55,7 %, $p < 0,05$), в то время как 52 % психически здоровых получили средне-специальное, высшее и незаконченное высшее образование.

При рассмотрении рода занятий на момент совершения правонарушения выявлено, что женщины ос-

новной группы преимущественно не работали по “неуважительной причине” (71,4 %, $p < 0,05$), а 24,3 % ($p < 0,01$) занимались неквалифицированным трудом. Психически здоровые женщины занимались умственным (12 %, $p < 0,01$) и физическим трудом (40 %, $p < 0,05$), а 36 % не работающих преимущественно вели домашнее хозяйство.

Что касается семейного статуса, среди женщин с расстройствами личности преобладали одинокие: разведенные или никогда не бывшие замужем (68,6 %, $p < 0,01$). В 15,7 % ($p < 0,01$) случаев у брачных партнеров подэкспертных с личностной патологией имелся криминальный анамнез. Большинство психически здоровых женщин были замужем (70 %, $p < 0,01$). Характерно, что женщины основной группы нередко были бездетными (34,3 %, $p < 0,01$), а воспитанием и обеспечением имеющих детей часто не занимались, передав детей в интернаты или на попечение родственников (35,7 %, $p < 0,01$), в 8,6 % случаев они были лишены родительских прав.

У 47,2 % ($p < 0,01$) обследуемых с диагностированным личностным расстройством отмечалось криминальное прошлое с характерным ранним началом противоправной активности в возрасте до 20 – 29 лет ($p < 0,01$). Обращает внимание, что для 11,4 % женщин, впервые совершивших правонарушение в возрасте до 20 лет, настоящее привлечение к уголовной ответственности было третьим и более. Также была выявлена положительная корреляционная связь ($r_s = 0,36$) между дисгармонично протекавшим пубертатным периодом, сопровождавшимся делинквентным поведением, ауто- и гетероагрессией, и последующей высокой криминальной активностью женщин. В результате предыдущего привлечения к уголовной ответственности 28,6 % ($p < 0,01$) женщин обвинялись в имущественных правонарушениях, 15,7 % ($p < 0,05$) — в преступлениях, против жизни и здоровья. Лишь 10 % обследуемых в периоды предыдущих привлечений к уголовной ответственности проводилась судебно-психиатрическая экспертиза, все были признаны “вменяемыми” в отношении совершенного преступления. При этом 4,3 % были признаны психически здоровыми, 4,3 % женщин ранее устанавливался диагноз “Хронический алкоголизм”, 1,4 % — “Органическое поражение головного мозга”. Три процента обследуемых по решению суда находились в ЛТП. Женщины контрольной группы криминального анамнеза не имели, привлекались к уголовной ответственности впервые ($p < 0,01$).

Что касается актуального преступления, сравнительный анализ показал, что убийства преобладали у женщин с личностной патологией ($p < 0,05$). В этой группе в совершении убийства (ст. 105, 108 УК РФ) обвинялись 68,6 % подэкспертных, в убийстве новорожденного — 7,1 %, в умышленном причинении тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ) — 24,3 %. Среди психически здоровых в убийстве (ст. 105, 108

УК РФ) обвинялись 52 % женщин, в убийстве новорожденного (ст. 106 УК РФ) — 10 %, в причинении тяжкого вреда здоровью (ст. 111, 113 УК РФ) — 36 %, в нанесении побоев (ст. 116 УК РФ) — 2 %.

При совершении преступления женщины основной группы достоверно чаще находились в состоянии алкогольного опьянения (81,4 %, $p < 0,01$) по сравнению с контрольной (30 %).

Преступные действия женщин в большинстве случаев были направлены на ближайшее окружение. Характерно, что жертвами женщин с расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте чаще являлись ранее знакомые им лица, друзья (31,7 %, $p < 0,01$), а психически здоровых женщин — брачные партнеры (54 %, $p < 0,01$).

При оценке личностных особенностей обследуемых, сопоставлении их с испытываемыми в период преступления эмоциями, видно, что у женщин с расстройствами личности преобладают такие сопряжённые с проявлениями агрессии особенности, как вспыльчивость, возбудимость, склонность к внешнеобвиняющим формам реагирования, импульсивность или обидчивость, пониженный порог фрустрации, склонность к защите, нередко в сочетании, что чаще обуславливало реализацию агрессивных действий под влиянием возникших у них в период преступления злости и раздражения (58,6 %, $p < 0,01$). Психически здоровым женщинам были свойственны обидчивость, впечатлительность, пониженный порог фрустрации, склонность к защите или отсутствие сопряжённых с агрессивностью черт характера ($p < 0,01$), при этом в момент преступления в 48 % случаев подэкспертные испытывали страх и угрозу для жизни ($p < 0,01$) или негодование — 24 % ($p < 0,01$).

Было установлено, что наиболее частыми мотивами при реализации агрессивных действий были аффектогенные (74,3 % и 66 % по группам соответственно).

При оценке механизмов совершения преступления было выявлено, что основная часть агрессивных действий, совершенных женщинами с личностными расстройствами (91,4 %) происходила по аффективным мотивам (по типу психопатической реакции), реже встречались продуктивно-психотические механизмы (1,4 %). У психически здоровых женщин преобладали ситуационно-личностные (68 %), реже аффективные (16 %) мотивы вследствие возникновения физиологического аффекта или накопления эмоционального напряжения, которое оказало существенное влияние на их поведение в ситуации правонарушения ($p < 0,01$).

При определении значимости различий по социальным факторам, предшествующим актуальному преступлению, в основной группе чаще отмечалось антисоциальное окружение (41,4 %, $p < 0,01$), между которым и частотой совершения преступных действий в отношении лиц из круга знакомых или друзей была выявлена положительная корреляционная связь

($r_s = 0,41$). В контрольной группе достоверно преобладали конфликтные отношения в семье (56 %, $p < 0,01$), между наличием которых и убийством новорожденного ($r_s = 0,48$), а также убийством интимного партнера ($r_s = 0,48$) была выявлена положительная корреляционная связь.

В результате обследования 91,4 % женщин основной группы в период правонарушения обнаруживали субкомпенсацию состояния личностной патологии. Изучение взаимоотношения психической патологии и агрессивного поведения подэкспертных с компенсированными формами расстройств личности, свидетельствует о том, что мотивация, особенности их агрессивного поведения определялись личностными, ценностными установками с учетом требований, предъявляемых конкретной криминальной ситуацией, и не носили болезненного характера, что в преобладающем большинстве случаев обусловило принятие экспертного решения об их способности осознавать и руководить своими действиями в момент совершения преступления (91,4 %, $p < 0,01$).

Критерии ст. 22 УК РФ применялись к подэкспертным в 7,2 %, когда отмечалось состояние декомпенсации в виде патохарактерологического варианта непсихотического уровня, в результате чего на фоне резкого заострения конституциональных личностных особенностей, выраженной личностной незрелости и нарушения прогностических функций, осложненных привнесёнными злоупотреблением алкоголя симптомами органического регистра, в период совершения актуального преступления выявилось снижение способности произвольной регуляции своего поведения и критической оценки своего состояния и ситуации в целом. Преступления имели реально-бытовую мотивацию и определялись как выраженностью психопатических проявлений, так и индивидуальной значимостью средовых факторов (паритет параметров “личность — ситуация” по Ф. В. Кондратьеву), являлись гомономными типу расстройства личности. В других случаях в условиях протрагированной психотравмирующей ситуации отмечалось формирование принципиально иного радикала личностного расстройства, что обуславливало мозаичность клинической картины и способствовало возникновению гетерогенных форм реагирования, ограничивавших интеллектуальный и волевой контроль.

Решение о неспособности подэкспертных осознавать и руководить своими действиями в момент совершения инкриминируемого деяния (1,4 %) было обусловлено возникновением психотической симптоматики (в рамках временного психического расстройства в виде нарушенного сознания по типу просоночного состояния, развившегося на фоне личностного расстройства и коморбидного ему синдрома зависимости от алкоголя второй стадии).

Обсуждение результатов и заключение: проведенное исследование позволяет говорить о том, что у

женщин с расстройствами личности, совершивших преступления против жизни и здоровья, отмечается значительное преобладание расстройств личности возбудимого круга, которое может расцениваться как клинический фактор predisпозиции к такого рода агрессивному поведению.

Значительную роль в формировании общественно опасного поведения женщин с расстройствами личности играет дисгармоничная семья с высокой частотой наследственной отягощенности алкоголизмом и личностными расстройствами, криминальным анамнезом, внутрисемейным насилием и жестоким обращением, в условиях которой происходило формирование соответствующих поведенческих стереотипов.

Проведенное исследование позволяет утверждать, что у женщин с личностными аномалиями преобладают агрессивные насильственные действия по отношению к лицам ближайшего окружения (знакомые), как правило, в условиях асоциального окружения. Высокий удельный вес тяжких преступлений против жизни и здоровья обусловлен такими психологическими особенностями, как повышенная возбудимость, склонность к бурным аффективным разрядам, низкая толерантность к фрустрации, пренебрежение социальными нормами и правилами. Особое значение имело злоупотребление психоактивными веществами, что облегчало реализацию агрессивных действий.

В контрольной группе психически здоровых женщин преступления в основном совершались по аффектогенным мотивам в результате длительной, часто многолетней, пролонгированной психогенно травмирующей ситуации, связанной с внутрисемейным насилием, что находит своё подтверждение в том, что у них чаще диагностировалось состояние эмоционального напряжения, оказавшего существенное влияние на поведение подэкспертных в момент совершения преступления.

Таким образом, к числу клинических и социальных факторов predisпозиции криминальных агрессивных действий, совершенных женщинами с расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте, могут быть отнесены антисоциальное окружение, раннее начало противоправной деятельности, провоцирующее действие алкоголя, недостаточность механизмов регуляции психической деятельности, в первую очередь мотивации поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Качаева М. А. Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные действия против личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты) // Дисс. докт. мед. наук. М. — 1999. — С.389.
2. Ильяшенко А. Н. Борьба с насильственной преступностью в семье: Монография // М.: ВНИИ МВД России. — 2003. — С.188.
3. Сафуанов Ф. С., Дмитриева Т. Б. Мотивация криминальной агрессии у женщин // Российский Психиатрический Журнал. — 2000. — № 5. — С. 20 – 25.
4. Adler F. Sisters in crime: The rise of the new female criminal // New York: McGraw Hill. — 1975.
5. Baird V., Bavidge L., Bunday R., Deal A., Dholakia L. N., Dick C. C., Gillan C., Hallett J. H., Malleson K., Monaghan K., Morton F., Prashar U., Siddiqui H., Southall A., Stern V., Stevens R., Watson J. Commission on Women and the Criminal Justice System // Interim Report on Women and Offending. — 2003.
6. Bennett S., Farrington D. P., Huesmann L. R. Explaining Gender Differences in Crime and Violence: The Importance of Social Cognitive Skills // Aggression and Violent Behavior. — 2005. — № 10. — Vol. 3 — pp. 263 – 288.
7. Box S., Hale C. Liberation and female criminality in England and Wales // British Journal of Criminology. — 1983. — Vol. 23. — pp. 40 – 48.
8. Campbell A., Muncer S., Bibel D. Women and Crime: An Evolutionary Approach // Aggression and Violent Behavior. — 2001. — № 6. — Vol. 5 — pp. 481 – 497.
9. Carcach J., James M. Homicide between intimate partners in Australia. — Canberra. Australian Institute of Criminology. — 1998.
10. Chesney-Lind M., Pasko L. The Female Offender: Girls, Women and Crime. 2nd edition. — Thousand Oaks: Sage. — 2003.
11. Comack E. Locating Law: Race / Class / Gender Connections. — Halifax: Fernwood Publishing. — 1999.
12. Deakin J., Spencer J. Women Behind Bars: Explanations and implications // The Howard Journal of Criminal Justice. — 2003. — № 42. — Vol. 2. — pp. 123 – 136.
13. Dean R., Walsh T., Moran P., Tyrer P., Creed F., Byford S., Burns T., Murray R., Fahy T. Violence in women with psychosis in the community: prospective study // The British Journal of Psychiatry. — 2006. — № 188. — P. 264 – 270.
14. Dolan B., Mitchell E. Personality Disorder and Psychological Disturbance of Female Prisoners: a Comparison with Women Referred for NHS Treatment of Personality Disorder // Criminal Behavior and Mental Health. — 1994. — ?4. — Vol. 2. — pp. 130 – 143.
15. Eckhardt K., Pridemore W. A. Differences in Female and Male Involvement in Lethal Violence in Russia // Journal of Criminal Justice. — 2009. — № 37. — Vol. 1. — pp. 5 – 64.
16. Eronen M. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Female Subjects // American Journal of Psychiatry. — 1995. — № 152. — Vol. 8. — pp. 1216 – 1218.
17. Eronen M., Hakola P., Tiihonen J. Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland // Archives of General Psychiatry. — 1996. — № 53. — pp. 496 – 501.
18. Friedman S. H., Shelton M. D., Elhaj O., Youngstrom E. A., Rapoport D. J., Packer S. A., Bilali M. A., Jackson K. S., Sakai H. E., Resnick P. J., Findling R. J., Calabrese J. R. Gender Differences in Criminality: Bipolar Disorder with Co-occurring Substance Abuse // Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. — 2005. — № 33. — Vol. 2. — pp. 188 – 195.
19. Fox J. A., Zawitz M. W. Homicide trends in the United States. US Department of Justice. — Washington, DC, Bureau of Justice Statistics. — 1999.
20. Gibbens T. C. N. Female offenders // British Journal of Hospital Medicine. — 1971. — vol. 9. — p. 279 – 286.
21. Greenfeld L. A., Snell T. L. Women Offenders. Bureau of Justice Statistics Special Report NCJ175688. — Washington, DC. US Department of Justice. — 1999.
22. Heidensohn F. M. Women as perpetrators and victims of crime. A sociological perspective // British Journal of Psychiatry. — 1991. — Vol. 158. — pp. 50 – 54.
23. Heidensohn F. M. Women and crime. — London: Macmillan Press LTD. — 1996. — P. 242.
24. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort // Arch Gen Psychiatry. — 1992. — № 49. — pp. 476 – 483.
25. Hodgins S., Mednick S. A., Brennan P. A., Schulsinger F., Engberg M. Mental Disorder and Crime: Evidence for a Danish Birth Cohort // Archives of General Psychiatry. — 1996. — № 53. — pp. 489 – 496.

26. *Hollin C. R., Palmer E. J.* Criminogenic Need and Women Offenders: A Critique of the Literature // *Legal and Criminological Psychology*. — 2006. — № 11. — pp. 179 – 195.
27. *Huckle P. L.* A Survey of Violent Women Referred to a Forensic Psychiatric Service // *Prison Service Journal*. — 1998. — № 115. — pp. 2 – 4.
28. *Jordan B. J., Schlenger W. E., Fairbank J. A., Caddell J. M.* Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women: Convicted Felon Entering Prison // *Archives of General Psychiatry*. — 1996. — № 53. — Vol. 6. — pp. 513 – 51.
29. *Kruttchnitt C., Gartner R., Hussemann J.* Female violent offenders: Moral panics or more serious offenders // *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*. — 2008. — № 41 — Vol. 1. — pp. 9 – 35.
30. *Laishes J.* The 2002 Mental Health Strategy for Women Offenders. — Ottawa: Correctional Service of Canada. — 2002.
31. *Maden A., Swinton M., Gunn J.* Women in Prison and Use of Illicit Drugs Before Arrest // *British Medical Journal*. — 1990. — № 301. — p. 1133.
32. *Maruschak L. M.* Medical Problems in Jail Inmates. Bureau of Justice Statistics Special Report NCJ 210696. — Washington, DC: US Department of Justice. — 2006.
33. *Mendelson E.* Sexual differences in forensic patients // *Journal of Forensic Psychiatry*. — 1992. — № 3. — Vol. 2. — pp. 317 – 325.
34. *Pollak O.* The criminality of women. — New York: University of Pennsylvania Press. — 1950.
35. *Putkonen H., Komulainen E. J., Virkkunen M., Eronen M., Lönnqvist J.* Risk of Repeat Offending Among Violent Female Offenders With Psychotic and Personality Disorders // *Am J Psychiatry*. — 2003. — № 160. — pp. 947 – 951.
36. *Roe-Sepowitz D.* Adolescent female murderers: characteristics and treatment implications // *The American Journal of Orthopsychiatry*. — 2007. — № 77. — Vol. 3. — pp. 489 – 496.
37. *Rossenger A., Wetli N., Urbaniok F., Elbert T., Cortoni F., Endrass J.* Women Convicted For Violent Offenses: Adverse Childhood Experiences, Low Level Of Education And Poor Mental Health // *BMC Psychiatry*. — 2009. — № 9. — pp. 81.
38. Royal College of Psychiatrists. Offenders with Personality Disorders. — London: Gaskell. — 1999.
39. *Singleton N., Meltzer H., Gatward R., Coid J., Deasy D.* Psychiatric Morbidity Among Prisoners in England and Wales: the report of a survey carried out in 1997 by Social Survey Division of the Office of National Statistics on Behalf of the Department of Health. — London: The Stationery Office. — 1998.
40. *Smith J., Parker J., Donovan M.* Female admissions to a regional secure unit // *Journal of Forensic Psychiatry*. — 1991. — № 1. — Vol. 2. — pp. 95 – 102.
41. *Snell T. L.* Women in Prison. Bureau of Justice Statistics. Special Report. — Washington, DC: US Department of Justice. — 1994.
42. *Snell T. L., Morton D. C.* Survey of state prison inmates 1991: women in prison. Bureau of Justice Statistics Special Report. — Washington, DC. — 1994.
43. *South Richardson D., Hammock G. S.* Social Context of Human Aggression: Are We Paying Too Much Attention to Gender? // *Aggression and Violent Behavior*. — 2007. — № 12. — pp. 417 – 426.
44. *Steffensmeier D., Broidy L.* Explaining Female Offending. In *Women, Crime, and Criminal Justice: Original Feminist Readings*. Edited by: Renzetti C., Goodstein L. — Los Angeles: Roxbury. — 2001. — pp. 111 – 134.
45. *Weizmann-Heneliusab G., Viemeröb V., Eronenac M.* The violent female perpetrator and her victim // *Forensic science international*. — 2003. — Vol. 133. — Issue 3. — pp. 197 – 203.
46. *Yourstone J., Lindholm T., Kristiansson M.* Women who kill: a comparison of the psychosocial background of female and male perpetrators // *International Journal of Law and Psychiatry*. — 2008. — № 31. — Vol. 4. — pp. 374 – 383.

25-й конгресс

Европейского колледжа нейропсихофармакологии

13 – 17 октября 2012 г., Вена, Австрия

www.exhnp.eu

12-й международный форум

по расстройствам настроения и тревожным расстройствам

Ноябрь 2012 г., Флоренция, Италия

www.ifmad.org

Обзор избранных публикаций Журнала Американской Академии психиатрии и права, 2011, №№ 3,4

В. В. Мотов (Тамбов)

“Этика в судебно-психиатрических изданиях” (Ethics in Forensic Psychiatric Publishing). Авторы: Reena Kapoor, MD, John L. Young, MD, MTh, Jacquelyn T. Coleman, MA, Michael A. Norko, MD, MAR, и Ezra E. H. Griffith, MD. Первый, второй, четвертый и пятый авторы — преподаватель, клинический профессор, доцент и заслуженный профессор отдела психиатрии Йельского университета, третий — исполнительный директор Американской академии психиатрии и права (ААПП). Все авторы, кроме второго, имеют отношение к Журналу ААПП, являясь, соответственно, членом редколлегии, ответственным редактором, зам. главного редактора и главным редактором.

Как указывают авторы, публикации в медицинских журналах могут принести врачам многие выгоды: профессиональное признание, финансирование будущих проектов, укрепление позиции в академической среде. Неудивительно, что количество медицинских публикаций постоянно растет (с 1966 г. увеличилось в пять раз, количество авторов на статью — в 2 раза). С быстрым ростом пришло и значительное увеличение размаха колебаний качества статей. Издательское сообщество отреагировало попыткой создать определенные стандарты, которым должны соответствовать представляемые к публикации работы. Авторы отмечают, что одной из первых попыток сформулировать этические принципы для медицинских публикаций явилась написанная в 1954 г. статья Richard Hewitt “Десять заповедей для авторов медицинских публикаций”, где автор, в частности, дает определение терминам: “авторство”, “плагиат”, “неуместное цитирование”. В 1967 г. Franz Ingelfinger (редактор The New England Journal of Medicine) предложил запретить дублирование публикаций (согласно “правилу Ингельфингера” статья не может одновременно подаваться в два и более журнала). В конце 1970-х гг. группа редакторов медицинских изданий создала Международный комитет редакторов медицинских журналов (International Committee of Medical Journal Editors — ICMJE) и опубликовала “Унифицированные требования для рукописей, представляемых в биомедицинские журналы” (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals). Документ периодически пересматривается и обновляется (последний раз в апреле 2010 г.), и является ключевым источником информации по таким вопросам, как авторство, редактирование, плагиат, рецензирование, конфликт интересов, конфиденциальность, дублиро-

вание публикаций, защита лиц — субъектов научного исследования.

В разных обстоятельствах роль врача может осмысляться по-разному: врач-консультант, врач-эксперт, врач-исследователь и т.д., однако, как полагают авторы, роль врача-лечебника, врача-целителя — является более важной, чем все другие и именно она формирует основы медицинской этики. В судебной психиатрии, однако, роль врача, как целителя, проявляется гораздо менее отчетливо. Что должно лежать в основе этики судебно-психиатрических публикаций? Должна ли такая этика основываться на лечебных, целительных отношениях между врачом и пациентом? Или она должна быть гораздо ближе к журналистской этике или бизнес-этике?

Анализируя публикации в Журнале Американской Академии психиатрии и права за 10 лет (2000 – 2009 гг.), авторы идентифицировали ряд этических дилемм. Одна из них — ситуация, когда обсуждается отдельный судебно-психиатрический случай. Кому, спрашивают авторы, принадлежат детали информации о том, как и почему человек убил своих родителей? Даже если имя скрыто автором и его невозможно идентифицировать, может ли этот человек, являясь хозяином, владельцем истории своей собственной жизни, утверждать, что судебный психиатр не имеет права публиковать информацию о нем без его собственного согласия? Хотя, как отмечают авторы, можно возразить, что публикация информации вопреки желанию субъекта (или просто, не спрашивая его разрешения) в данном случае может послужить делу продвижения знаний в области судебной психиатрии, редакторы становятся все более чувствительны к данной проблеме и отдают предпочтение правам личности.

Этические дилеммы, связанные с авторством статей, рассматриваются наиболее подробно. В частности, обсуждается тема часто встречающегося несоответствия между интеллектуальным вкладом и авторством и связанная с этим проблема “дареного авторства”, когда лицо, не внесшее существенного вклада в работу, перечисляется среди авторов, и “тайного авторства”, когда внесший значительный вклад в работу не указывается среди авторов.

Обращается внимание также и на следующее обстоятельство: на фоне большого числа работ, посвященных критериям авторства, тема, касающаяся порядка перечисления авторов публикации, остается, практически незатронутой. Порядок перечисления авторов в настоящее время решается исключительно

самими авторами, что может вести к конфликтам поскольку “...некоторые университеты основывают продвижение преподавателей на порядке авторства и первому и последнему авторам статьи предоставляют большую финансовую компенсацию, чем другим ...”. Вопрос приобретает особую остроту, когда среди авторов и заслуженный профессор, и начинающий преподаватель — возможность злоупотребления властью в такой ситуации представляется особенно высокой.

Основные этические вопросы, возникающие в связи с проблемой авторства, — вопросы интеллектуальной честности и уважение к коллегам. Авторы продолжают рассматривать идею перехода Журнала ААПП от существующей системы авторства к той, что напоминает систему долевого вклада и которая уже реализуется в некоторых серьезных и уважаемых медицинских изданиях, таких, например, как *The Lancet* или *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*. В модели долевого вклада (contributorship) каждый из авторов указывает характер своего вклада и принимает на себя ответственность за конкретную часть общей работы в дополнение к коллективной ответственности за работу в целом.

Другая этическая проблема, на которую обращают внимание авторы, — усиливающаяся в последние годы тенденция представлять два манускрипта по родственной тематике в связке. Например, две статьи одних и тех же авторов на тему детоубийства подаются одновременно, при этом в одной описывается распространенность феномена и характеристики злоумышленников, в другой — судебно-психиатрическая оценка, факторы риска и протективные факторы. Авторы ожидают, что обе работы будут опубликованы в одном и том же номере и просят, чтобы статьи направлялись рецензентам в связке. Как отмечают авторы анализируемой статьи, в некоторых случаях публикация двух таких статей может быть уместной, т.к. одна, содержащая весь этот материал, оказалась бы чрезмерно длинной. Вместе с тем, редакторы понимают, что, желая опубликовать две статьи вместо одной, авторы могут преследовать свои личные интересы. Многие редакторы медицинских изданий обеспокоены также расширяющейся тенденцией подавать в журналы статьи, содержащие минимум информации, для того, чтобы увеличить количество публикаций, генерируемых из одной базы данных. Такая практика рассматривается как неэтичная одними и как неизбежное зло другими, поскольку в большинстве университетов количество публикаций все еще остается критической характеристикой при решении вопроса о продвижении в академической иерархии. Вместе с тем, раздаются голоса, призывающие все университеты последовать примеру Гарварда и Калифорнийского университета, избравших критерием продуктивности автора качество нескольких его репрезентативных работ, а не общее количество публикаций. Подобная

мера, по мнению авторов, позволила бы избежать избыточных публикаций и повысила содержательность научных работ.

Еще одна идентифицированная авторами этическая проблема — проблема предвзятости при рецензировании и редактировании. На протяжении десятилетий рецензирование, как указывают авторы, остается важным элементом в процессе подготовки статьи к публикации. В то же время многие выражают сомнение в эффективности рецензирования для достижения цели, для которой оно вводилось, — повышения качества статьи путем критического анализа перед публикацией. Журнал ААПП использует “слепое рецензирование” — рецензенты получают копии статей, в которых удалена идентифицирующая авторов информация. Однако попытка обеспечить анонимность авторов часто остается безуспешной: судебно-психиатрическое сообщество невелико, и лишь очень ограниченное число людей, фамилии которых хорошо известны коллегам, пишут регулярно на определенную тему. Это, в свою очередь, ведет к тому, что лишь горсть специалистов имеют знания вопроса, достаточные для качественного критического анализа статьи по этому вопросу. Что касается самого процесса рецензирования, то авторы отмечают, что время от времени сталкиваются с ситуацией, когда оценка статьи рецензентом является предвзятой. Приводится ряд примеров, в частности, когда рецензент оценил посланную ему для экспертизы статью как некачественную на том основании, что в ней не было ссылки на его публикации, или когда критика рецензента носит “карательный”, а не конструктивный характер.

Этические конфликты возникают и в случае, когда рецензент прибегает (реально или лишь в представлении автора оцениваемой статьи) к использованию пренебрежительного, умаляющего человеческое достоинство языка — редакторы время от времени сталкиваются с подобными жалобами. Авторы приводят пример, когда коллега, имевший возможность ознакомиться с рецензией на свою статью (до публикации и рецензии, и статьи), обратился к редакторам Журнала с жалобой на то, что язык рецензии оскорбителен и для автора, и для его работы. Редакция, стремясь сохранить дух активных дискуссий в Журнале и проявить чуткость в отношении коллеги, попросила группу незаинтересованных специалистов проанализировать язык рецензии. “Рецензенты рецензии” пришли к выводу, что ее язык не является ни оскорбительным, ни чрезмерно резким. Такой ответ, замечают авторы, конечно, не может гарантировать, что коллега будет удовлетворен в полной мере: определенный ущерб чьим-то интересам (или тому, как эти интересы понимаются сторонами) в данной ситуации неизбежен. “Мы должны признать, — пишут авторы, — что существуют сложные взаимовлияния на линии, разграничивающей законные интеллектуальные дискуссии и межличностные конфликты и разногласия”.

По замечанию авторов рассматриваемой мною статьи (четверо из них, напомним, принимают участие в редактировании Журнала ААПП), они время от времени сталкиваются с ситуацией, когда авторы той или иной публикации прибегают к терминам, которые могут восприниматься как пренебрежительные, в отношении людей — субъектов исследования. Например, они выразили беспокойство по поводу использования термина “домохозяйка” (housewife) при описании женщины в одной из статей, полагая этот термин уничижительным, принижающим достоинство женщины и попросили сделать специальную оговорку, что в данной статье субъекты исследования сами квалифицировали себя как “домохозяйки”.

Конфликт интересов. Авторы отмечают, что Журнал ААПП в своем стремлении к честности, объективности, проявляя уважение к коллегам, требует, чтобы авторы присылаемых статей извещали редакцию в письменной форме о финансовой поддержке или другом возможном конфликте интересов, имеющем отношение к предлагаемой для печати статье. Такая информация, печатающаяся вместе со статьей, помогает читателям составить собственное мнение о потенциальной вероятности влияния, например, финансового, на результаты и выводы, представленные в статье. “Однако по нашему мнению, — пишут авторы, — конфликт интересов может быть очень сложным вопросом, вопросом, который не ограничивается только финансами... как редакторам следует реагировать на более завуалированные формы конфликта интересов, к примеру, на желание продвинуться по академической или профессиональной лестнице?”. Вопрос, пока что, остается без ответа.

Обсуждая идентифицированные ими этические дилеммы, авторы высказывают точку зрения, что этика судебно-психиатрических публикаций должна основываться на традиционной этике целительных отношений между врачом и пациентом. Такая позиция предполагает, что этическая основа и судебно-психиатрических изданий, и изданий по общей психиатрии, а также и публикаций в других областях медицины является общей. В то же время они допускают, что высказываемая ими точка зрения расходится с идеей Арелбаум и ряда других коллег о том, что судебно-психиатрическая практика требует собственной этической концептуализации, в основе которой должны лежать честность и уважение к людям. Авторы, подчеркивая, что данная их статья — лишь первая попытка сформулировать основы этики судебно-психиатрических изданий, приглашают коллег к активной дискуссии по теме.

“Комментарий: восстановление в условиях тюрьмы способности предстать перед судом” (Commentary: Jail-Based Competency Restoration). Автор — Reena Kapoor, MD. — преподаватель психиатрии в медицинской школе Йельского университета. Статья, судя по первому слову в ее названии, задумы-

валась как комментарий к опубликованной в этом же номере Журнала работе Colwell and Gianesini о роли демографических, криминогенных и клинических факторов в оценке вероятности восстановления способности правонарушителя с выраженным психическим расстройством предстать перед судом. Я не стану рассматривать статью Colwell and Gianesini, написанную добротню, однако, с моей точки зрения, мало что добавляющую к тому, что уже известно по данной теме. Между тем Dr. Kapoor не столько комментирует публикацию Colwell и Gianesini (комментарием можно назвать, в сущности, лишь большой первый абзац), сколько обсуждает довольно необычный для российских психиатров вопрос: может ли тюрьма быть подходящим местом для восстановления способности предстать перед судом?

Разумно предположить, отмечает автор, что имея выбор, большинство правонарушителей предпочли бы больницу тюрьме в качестве места для восстановления способности предстать перед судом (СППС). Однако высокая стоимость пребывания в психиатрическом стационаре (от \$401 до \$834 и выше в день на пациента в зависимости от штата) и длинная очередь в ПБ (срок ожидания — несколько месяцев) привели к тому, что в ряде штатов были приняты законы, позволяющие восстанавливать СППС амбулаторно, а также в тюремных условиях.

По данным автора, к 2009 г. в 35 штатах из 50 существовали законы, позволяющие восстановление СППС в амбулаторных условиях, а в 16 — действующие программы амбулаторного восстановления СППС. В 7 штатах созданы программы восстановления СППС в тюрьме. Хотя, как отмечает автор, воплощение в жизнь подобных мер остается неполным, первые оценки экономии в расходах многообещающи (в Аризоне, например, восстановление СППС в условиях тюрьмы оценивается лишь в 1/5 стоимости такого восстановления в психиатрическом стационаре штата).

“Кто может быть идеальным кандидатом для такой программы?”, — спрашивает автор. И отвечает, что, на первый взгляд, им мог бы быть правонарушитель с менее тяжелым психическим расстройством, для которого освобождение под залог было бы делом неосуществимым из-за невозможности внести требуемую сумму залога. В то же время, имеющий возможность внести залог оказался бы подходящим кандидатом для амбулаторного восстановления СППС. В результате имели бы ситуацию: неимущие восстанавливают СППС в тюрьме, обеспеченные — на свободе.

Не секрет, замечает автор, что в США в течение нескольких последних десятилетий тюрьмы фактически заменили “вымирающие” большие психиатрические больницы штатов и вынужденно стали “лечебными центрами” для большого количества лиц с психическими расстройствами. Органы, формирующие политику в области психического здоровья, в от-

вет на вечные вопросы: “Что делать?” и “С чего начать?”, сконцентрировались на создании механизмов, с помощью которых можно было бы препятствовать превращению пенитенциарной системы в суррогат психиатрической службы. Так, в 1990-е гг. появились “наркологические суды”, а в 2000-е гг. — “психиатрические суды”, получившие возможность предлагать правонарушителям, совершившим не насильственные преступления небольшой степени тяжести и страдающим психическими расстройствами или зависимостью от алкоголя или наркотиков, признать свою вину, и вместо отбывания тюремного наказания, подвергнуться обязательному, контролируемому судом лечению в местном центре психического здоровья. Поскольку цель всех этих усилий — уменьшить количество лиц с психическими расстройствами в тюремной системе, автор резонно задает вопрос, не противоречит ли этой цели идея восстанавливать СППС в тюремных условиях, т.е. когда вместо психиатрической больницы штата человек с выраженным психическим расстройством содержится в течение нескольких месяцев в тюрьме, несмотря на то, что еще не признан судом виновным? Более того, в случае нетяжелых правонарушений продолжительность периода восстановления СППС может превышать срок тюремного заключения по данной статье. Как отмечает автор, специфические особенности тюрьмы, как учреждения, затрудняют лечебный процесс и вряд ли можно найти хотя бы одну, которая бы ему способствовала. В то же время автор, реально оценивая положение дел, не предлагает мер, таких, как, например, отмена законов, разрешающих восстановление СППС в тюрьме, или значительное увеличение количества коек в психиатрических больницах штатов, понимая, что в данное время и в данных обстоятельствах и то, и другое — пустая мечта. Предлагает же автор (представляется, не без внутреннего сомнения), следующее: создание специализированных тюрем для восстановления СППС. На первый взгляд, такое предложение может показаться гораздо менее затратным, чем, создание дополнительных мест в ПБ штатов: день пребывания пациента, например, в ПБ штата Техас обходится более, чем в \$400, тогда как день в техасской тюрьме — в \$42. Предполагается, однако, что в таком учреждении должен концентрироваться наиболее квалифицированный медицинский персонал, соотношение персонал/пациенты должно быть сравнимо с существующим в ПБ и должна быть создана терапевтическая среда, близкая к имеющейся в психиатрическом учреждении. Автор не приводит расчетов, однако, легко понять, что день пребывания пациента в таком учреждении будет стоить уже не \$42 и даже не \$142. Автор указывает и на ряд других уязвимых сторон своего предложения, в частности на то, что перевод из местной тюрьмы в подобное учреждение, расположенное далеко от дома, может быть для правонарушителя/пациента дополнительным

стрессом из-за неизбежного уменьшения контактов с поддерживающими его членами семьи.

В заключение автор пишет: “Многие вопросы относительно восстановления СППС в тюремных условиях остаются и самый главный из них — стоит ли нам вообще заниматься этим? Ответ неясен. В идеальном мире психиатрические больницы имели бы достаточно коек и адекватное для проведения современного лечения финансирование, потому восстановление СППС в тюрьме даже бы и не рассматривалось. Однако в реальном мире, где бюджеты сокращаются, а больницы закрываются, легко понять, почему некоторые штаты рассматривают это как обоснованный выбор: экономятся деньги и правонарушители не тратят месяцы на ожидание места в больнице... На сегодняшний день восстановление СППС в тюремных условиях представляет собой компромисс между идеалистами и реалистами. Долговременная эффективность и жизнеспособность таких программ должна быть еще установлена”.

«“Киношные” судебные эксперты: как судебные психиатры изображаются на экране» (Reel Forensic Experts: Forensic Psychiatrists as Portrayed on Screen). Авторы: Susan Hatters Friedman, MD, Cathleen A. Cerny, MD, Sherif Soliman, MD, and Sara G. West, MD — преподаватели психиатрии в медицинской школе Case Western Reserve University в Кливленде, штат Огайо.

Авторы отмечают, что массовая культура влияет не только на направление моды или продажи DVD, но формирует общественное мнение, в том числе и относительно психиатрии. Они видят одну из задач судебного психиатра в корректировании у присяжных неверных представлений о судебной психиатрии, формирующихся проводниками “масскульта” — средствами массовой информации. Для того, чтобы помочь коллегам в этой задаче, авторы попытались сформулировать “типологию” изображения судебных психиатров в американском кино и на телевидении. “Если бы психиатрии не существовало, кино должно было бы ее придумать”, — цитируют они психиатра и исследователя кинематографа Irving Schneider и указывают, что специалистами, занимающимися темой “психиатрия и кино”, идентифицированы примерно 450 американских фильмов, изображающих работу психиатра или специалиста в области психического здоровья. Авторы выделили 5 типов “киношных” психиатров.

“Доктор Зло” (Dr. Evil) — фаворит писателей и авторов сценариев, нарушитель этических границ, манипулятор, использующий знания психологии и психиатрии для сворачивания своих жертв и реализации своих дьявольских планов. Яркий пример — Dr. Hannibal Lecter из фильма “Молчание ягнят”.

“Профессор” (Professor) — произносящий длинные монологи, которые, если “профессор” — положительный персонаж, умны, поучительны и помогают

понять психиатрический мир, если отрицательный — носят характер наполненных психиатрическим жаргоном разглаговольствований, сбивающих с толку и совершенно запутывающих окружающих.

“Наймит” (Hired Gun) — взяточник, торгующий своим заключением — наиболее опасный тип психиатра в смысле нанесения ущерба репутации судебной психиатрии.

“Активист” (Activist) — игнорирующий в своих выводах границы судебно-психиатрических знаний, берущийся за свое собственное расследование, раскрывающий конфиденциальную информацию. Подобное поведение, как отмечают авторы, может способствовать созданию в общественном мнении образа психиатрии как лженауки.

“Мастер на все руки” (The Jack of All Trades) — обсле́дующий правонарушителей, допрашивающий подозреваемых, расследующий дела, выступающий в качестве эксперта в суде, занимающийся лечением. Деятельность этого “мастера” выходит далеко за пределы судебной психиатрии и этим объясняется, почему часть людей до сих пор отождествляют судебного психиатра с членом группы, проводящей осмотр места преступления, со специалистом, занимающимся собиранием и исследованием доказательств, с криминалистом.

Что касается “психиатра-криминалиста”, вспоминается один российский пример. Последние годы не смотрю телевизор, потому не могу сказать, как дело обстоит сейчас, но, помню, раньше в одной из программ время от времени появлялся неброско одетый персонаж. Сидя в полуосвещенной студии, с выражением лица несколько отрешенным, он голосом негромким, но с интонациями назидательными, “обряжал в психиатрические одежды” мотивы и поведение лиц, совершивших резонансные преступления. Профессия его обозначалась: “психиатр-криминалист”.

Несколько слов о статье **“Рискованное занятие: исследование результатов прогнозирования насилия”** (Risky Business: Addressing the Consequences of Predicting Violence), также опубликованной в третьем номере Журнала. Авторы: Sarah L. Miller, PhD — научный сотрудник (судебная психология) в медицинской школе Массачусетского университета и Stanley L. Brodsky, PhD — профессор психологии в университете штата Алабама.

В статье обсуждается несколько интересных вопросов, в частности, о влиянии личностных характеристик специалиста в области психического здоровья на его оценку вероятности совершения испытуемым насильственных действий и о последствиях (персональных и профессиональных) для специалиста в случае, когда такая оценка оказалась неверной.

Авторы обращают внимание, что при оценке риска насилия эксперт подвергается давлению как внешних, так и внутренних факторов, которые могут вести к ошибке. Внешние определяются контекстом (на-

пример, производится ли оценка для решения вопроса о выписке из психиатрического стационара, или недобровольной госпитализации и т.д.), вниманием к данному случаю средств массовой информации, общественным мнением. Внутренние — личными пристрастиями, интересами, взглядами, установками, системой ценностей эксперта. Хотя, как отмечают авторы, в процессе профессиональной подготовки психиатры и психологи обучаются тому, как оставаться объективными, скрытые и явные предвзятости могут просачиваться в их заключения. Степень уверенности эксперта в себе также может влиять на качество его заключения: в ряде исследований показано, что чрезмерная уверенность эксперта в себе ассоциируется с более низкой точностью его оценки риска насилия.

В когнитивистике идентифицированы когнитивные эвристики — основанные на опыте упрощенные методы решения проблем, которые, как правило, неплохо работают в типичных ситуациях (например, “поступай, как большинство людей”, “держись середины”) и которые люди используют для того, чтобы лучше управляться с огромным количеством получаемой ежедневно информации. Многие эвристики, как отмечают авторы, играют большую роль в принятии решений в правовой сфере, в то же время, иногда они приводят к неверным заключениям. Один из примеров — “конфирмационная предвзятость” (confirmation bias) — человек ищет информацию, поддерживающую его (пред)убеждения, и игнорирует противоречащую им; другой пример — эвристика “иллюзорных взаимосвязей” (illusory correlations) — тенденция предполагать наличие внутренней связи между двумя событиями, происходящими в одно и то же время.

Устоявшиеся мнения, отношения, позиции эксперта, равно как и его собственный профессиональный и личный опыт, могут оказывать заметное влияние на его оценку. Например, личное отношение эксперта к тому, что важнее: наказание или реабилитация будет придавать соответствующую окраску восприятию им системы уголовного судопроизводства и оказывать влияние на оценку риска насилия. Авторы также ссылаются на ряд исследований, продемонстрировавших разницу в отношении к сексуальным преступникам специалистов, работающих и неработающих с ними: у работающих с данной категорией правонарушителей отношение к ним было более позитивным.

Последствия неправильной оценки риска, свидетелем которых стал эксперт, могут существенно изменить его подход к оценке риска в дальнейшем: авторы приводят пример, из которого следует, что после убийства выписанным из психиатрического стационара пациентом члена своей семьи, у персонала стационара в течение нескольких лет отмечались симптомы психологического дистресса, страх судебных разбирательств и признаки снижения моральных норм. Авторы также обращают внимание на следующую

щее обстоятельство: хотя наставники обычно учат молодых коллег, что лучше предсказать риск там, где его нет, чем не предсказать там, где он есть, исследования показывают, что в реальных ситуациях это происходит не всегда, поскольку взгляды, отношения, пристрастия эксперта могут “настраивать” его мыслить и действовать в противоположном направлении, а когнитивные эвристики лишь поддерживают существующее направление мыслей. Авторы считают, что внимательный самоанализ является важным средством, помогающим эксперту выявить существующие у него тенденции к переоценке или недооценке риска совершения испытуемым насильственных действий, и предлагают перечень вопросов, которые должен регулярно задавать себе эксперт, стремящийся к объективности своего заключения.

В четвертом номере Журнала в разделе “Редакционные статьи” опубликована работа “**Врачи как контролеры при использовании марихуаны в медицинских целях**” (Physicians as Gatekeepers in the Use of Medical Marijuana). Авторы: John W. Thompson, Jr, MD и Mark A. Koenen, MD, JD (первый — профессор психиатрии и директор программы по судебной психиатрии в Tulane University, Новый Орлеан, штат Луизиана, второй — преподаватель того же университета и частнопрактикующий врач).

Как пишут авторы, последние годы вместо вопроса: “Как насчет виагры, доктор?”, врачам все чаще задают: “Как насчет медицинской марихуаны, док?”. В США хранение марихуаны, ее производство и распространение запрещено федеральным Законом о контролируемых субстанциях от 1970г. Защитники легализации марихуаны утверждают, что в ряде случаев она приносит пользу, широко распространена и жесткий запрет нецелесообразен, в том числе и с экономической точки зрения. Как отмечают авторы, движение за легализацию марихуаны не добилось успехов в попытках изменить федеральный закон, однако на уровне штатов оказалось гораздо более успешным. Сначала в Калифорнии (в 1996 г.), а затем еще в 16 штатах и в американской столице были приняты законы, позволяющие врачу назначать марихуану при ряде серьезных заболеваний, включенных в специальный перечень. Более того, в Калифорнии врач может рекомендовать марихуану при любых других состояниях, когда, по его мнению, для этого имеются медицинские основания.

Подобное обстоятельство, как указывают авторы, ставит врачей в положение контролеров, “благословляющих” употребление “рекреационного” наркотика, который обладает потенциалом способствовать переходу пациента к более серьезным наркотикам. Поскольку законы штатов о “медицинской” марихуане противоречат федеральному закону о контролируемых субстанциях, федеральные власти время от времени угрожают провайдерам уголовным преследованием, отзывом лицензий, исключением из феде-

ральных программ Medicare и Medicaid. Попытки решить правовые вопросы привели к ряду судебных процессов, которые, однако, не устранили проблему. В дело включился Верховный Суд США (*Gonzales v. Raich, 2005*), который, по мнению авторов, также не внес существенной определенности в разрешение правовых вопросов, хотя и указал, что Конгресс США имеет право запрещать культивирование и использование марихуаны и это право Конгресса не противоречит Конституции США. Вскоре после этого федеральные правоохранители провели несколько рейдов на пункты отпуска “медицинской” марихуаны в штате Калифорния, было задержано множество лиц, которым предъявили обвинение в контрабанде наркотиков. В ответ на это генеральные прокуроры нескольких штатов, где имелись законы, разрешающие использовать марихуану для медицинских целей, выступили с заявлениями, в которых подтверждалось, что на территории их штатов эти законы остаются в силе.

Обсуждая медицинскую сторону вопроса, авторы отмечают, что убедительные аргументы имеются и у сторонников, и у противников медицинского использования марихуаны. Сторонники утверждают, что она может быть эффективным лекарством, облегчающим страдания пациентов, безуспешно испробовавших все другие средства. Противники подчеркивают отсутствие данных об эффективности и безопасности марихуаны, постоянно расширяющийся перечень показаний к ее применению и опасение, что рекомендации для ее медицинского использования — благословение на злоупотребление наркотиками. Медицинские организации призывают к осторожности, указывая на отсутствие стандартизации и исследований, поддерживающих использование марихуаны при различных патологических состояниях.

Адресуясь клиническим проблемам, связанным с использованием марихуаны в медицинских целях, авторы указывают на ее документированное антитошнотворное и противорвотное действие у пациентов со СПИДом и злокачественными опухолями в случаях, когда стандартные антиэметики не действуют. Они также подчеркивают, что различные формы синтетического тетрагидроканнабинола и других соединений достаточно хорошо изучены и Управление по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств одобрило ряд из них, в частности dronabinol, для лечения тошноты, рвоты, анорексии, связанных с химиотерапией у больных раком и СПИДом. Синтетические аналоги каннабиноидов, такие как nabilone, и стандартизованные экстракты каннабиса (nabiximols) также подвергались изучению и получили некоторую поддержку в плане их применения для лечения анорексии, тошноты, хронического болевого синдрома, трихотилломании, спастических состояний и судорожных расстройств. Каннабиноиды также снижают внутриглазное давление при глаукоме, однако, когда марихуану курят именно для этой цели, пациенты

должны использовать большое количество каннабиса и выгоды лечения перекрываются токсическим эффектом наркотика.

По мнению авторов, положительные стороны употребления каннабиса довольно ограничены, а риски могут быть велики: это нарушения и мышления, и координации, и памяти, и галлюцинаторные, и тревожные расстройства, и снижение настроения, и риск развития зависимости. Кроме того, куря марихуану, потребитель подвергает себя воздействию разнообразных токсических и канцерогенных продуктов горения. Выпаривание редуцирует содержание некоторых токсических веществ, таких как окись углерода, но не может удалить алюминий, аммиак, ацетальдегид и др. субстанции.

Марихуана, как указывают авторы, очень различается качеством, концентрацией, характеризуется значительными колебаниями отношения тетрагидроканнабинола к каннабидиолу. Имеющий анальгетические, противосудорожные и нейропротективные свойства каннабидиол часто избирательно удаляется из марихуаны в процессе ее производства, поскольку не продуцирует одурманивающего действия. Высокий уровень тетрагидроканнабинола, сочетающийся с недостатком каннабидиола, приводит к увеличению токсического эффекта. Кроме того, марихуана может быть загрязнена различными примесями, содержать афлотоксин, патогенные микроорганизмы, пестициды, соединения тяжелых металлов. Принимая во внимание неопределенности, связанные с составом, дозировкой, наличием загрязняющих примесей, трудно определить, замечают авторы, является ли какой-либо побочный эффект результатом действия самой марихуаны, содержащихся в ней примесей, или взаимодействия между марихуаной и другими лекарственными препаратами, которые принимает пациент.

Получить информированное согласие относительно рисков и выгод назначения марихуаны редко возможно. Как отмечают авторы, теоретически врач мог бы рекомендовать и выписать стандартизованные и тестированные лекарственные формы, содержащие тетрагидроканнабинол или синтетические каннабиноиды и предоставить пациенту достаточную информацию о рисках и выгодах их применения. Однако такая возможность отсутствует, когда рекомендуется к применению марихуана, купленная в пунктах снабжения пациентов или на улице.

Казалось бы, стандартизация производства марихуаны для медицинских целей могла бы смягчить некоторые из проблем, между тем, созданная и опробованная в Канаде система снабжения “качественной” марихуаной провалилась. Организации под названием Health Canada было дано право продавать марихуану со стандартизованным содержанием тетрагидроканнабинола, произведенную в условиях жесткого контроля качества: лишь менее 14 % потребителей воспользовались такой услугой, подавляющее

большинство продолжало покупать, как и прежде, в клубах и у нелегальных торговцев.

Завершая статью, авторы цитируют позицию Американского общества аддиктивной медицины (профессиональная организация врачей, занимающихся лечением зависимости от алкоголя, наркотиков и др.) относительно использования марихуаны в медицинских целях: “Законы во всех без исключения штатах делают врачей “контролерами”, т.е. пациент не может получить право на использование каннабиса до тех пор, пока врач не “рекомендовал” каннабис этому пациенту”, в то же время марихуана остается веществом, внесенным в Список I и, согласно федеральному закону, врач не может ее выписать, а аптека отпустить. Кроме того, и для врача, и для пациента трудно оценить риски и выгоды лечения различных расстройств с помощью марихуаны.

В заключение обзора — публикация, на которую хочу обратить внимание судебных психиатров. Называется она “Я делал *Что?* Золпидем и суды” (I Did What?: Zolpidem and the Courts). Авторы: Christopher Daley, MD, Dale E. McNiel, PhD, Renee L. Binder, MD — все из Калифорнийского университета в Сан-Франциско: первый — преподаватель, второй — профессор клинической психологии, третий — профессор психиатрии (и, вероятно, одна из наиболее элегантных американских женщин-психиатров).

Статья является, по сведениям авторов, первой судебно-психиатрической работой, в которой анализируются правовые аспекты связи золпидема со сложными поведенческими феноменами во время сна. Начинается она с описания следующего случая. Молодая женщина, до того не обнаруживавшая признаков психических расстройств, употребляла золпидем раз в неделю для улучшения засыпания. Однажды вечером, приняв стандартную дозу золпидема, она пошла в душ и легла спать позже обычного. Проснувшись утром, ужаснулась: рядом с ней лежал топор. Позже, просматривая текстовые сообщения, обнаружила, что накануне вечером, после душа, она обменивалась SMS со своим другом, сообщала ему, что слышит доносящиеся с кухни голоса и краем глаза видит какие-то двигающиеся фигуры, что ей страшно и что она достала топор. Никаких воспоминаний об этом у нее не осталось.

Золпидем — снотворное средство, рекомендованное Управлением по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств к применению в США для кратковременного лечения инсомнии. Он относится к группе производных имидазопиридина и является представителем нового класса гипноседативных препаратов, известных как агонисты небензодиазепиновых рецепторов (nonbenzodiazepine receptor agonists — NBRAs). NBRAs связываются с теми же ГАМК-а — рецепторными комплексами, что и бензодиазепины, но более избирательны в отношении альфа-1 подтипа рецепторов. Избирательность золпидема в отно-

шении альфа-1 подтипа дает более специфические седативные свойства, вызывает менее выраженные нарушения памяти и менее заметную остаточную дневную седацию, в сравнении с бензодиазепинами. Он быстро всасывается в ЖКТ (действие начинается через 30 мин. после приема), отличается коротким периодом полураспада (2 – 3 часа), метаболизируется в печени энзимами CYP 3A4.

По данным авторов, золпидем присутствует на американском рынке с 1992 г. В 2008 г. на него было выписано более 28 млн. рецептов. Из 13 гипноседативных препаратов, разрешенных к применению в США для лечения нарушений сна, золпидем остается на протяжении последнего десятилетия наиболее часто назначаемым врачами. Авторы объясняют популярность препарата агрессивным маркетингом и первоначальными сообщениями о низком уровне дневной седации и злоупотребления препаратом.

Установленные в процессе клинических испытаний золпидема побочные эффекты включали в себя несвойственную пациенту экстравертированность или агрессивность, явления деперсонализации, изменения настроения, галлюцинаторные расстройства, нарушения мышления, антероградную амнезию. В дополнение к этому, после выпуска препарата на рынок стали появляться данные о связи золпидема с имеющимися отношениями ко сну сложными поведенческими феноменами, такими, как управление автомобилем в состоянии сна (sleep driving), приготовление пищи в состоянии сна (sleep cooking), еда в состоянии сна (sleep eating), сноговорение, и редко, секс в состоянии сна. Описанные расстройства, как правило, сопровождались антероградной амнезией.

Как указывают авторы, первоначальные постмаркетинговые исследования золпидема показывали, что подобные нарушения — редкое явление, встречающееся менее, чем у 1 % лиц, принимающих препарат, однако, в последующих работах были получены значительно более высокие цифры (около 5 %).

Еда во сне. Авторы приводят данные о пяти пациентах, наблюдавших в клинике Мэйо (2002), у которых после приема золпидема обнаруживался феномен еды в состоянии сна, сопровождавшийся, “у большинства, но не у всех”, антероградной амнезией. Также описывается случай (2007), когда пациент набрал в течение года более 22 кг веса в результате вызванного золпидемом расстройства пищевого поведения, связанного со сном и сопровождавшегося антероградной амнезией.

Управление автомобилем во сне. Авторы идентифицировали несколько случаев езды в состоянии сна после приема золпидема. Водители признавались виновными в управлении автомобилем в состоянии интоксикации. Клинически у них отмечалась замедленная и невнятная речь, дезориентировка, нарушения координации, сознания. Токсикологический анализ подтверждал употребление золпидема.

Авторы также приводят сведения о других, описанных в литературе, сложных формах поведения в состоянии сна, таких, например, как заливание бензина в газонокосилку, уборка дома, вовлечение в разговор, секс. В одном случае (2009) речь идет о пациентке, написавшей и отправившей через 2 часа после приема золпидема электронное письмо (о чем у нее не сохранилось воспоминаний). Авторы обращают внимание, что она смогла правильно ввести имя пользователя и пароль, чтобы войти в свою почту; письмо, однако, содержало не характерные для пациентки грамматические ошибки, его формат и пунктуация также были необычны.

Обсуждая подобные расстройства, авторы рассматривают три возможных механизма их возникновения.

Так, пациент после приема золпидема может намеренно (или ненамеренно) остаться в состоянии бодрствования и в это время у него появляется поведенческая расторможенность или галлюцинации с последующей антероградной амнезией. В таких случаях, обычно, сохраняют способность говорить короткими, связными фразами.

Далее, может случиться так, что, заснув после приема золпидема, пациент через некоторое время пробуждается и, все еще находясь под действием лекарства, совершает поступки, о которых у него не сохраняется воспоминаний по причине антероградной амнезии. Речь его может быть связной, однако, поведение выходит за рамки свойственного данному человеку.

Наконец, золпидем может индуцировать или утяжелять парасомнии, такие, например, как сомнамбулизм. Поступки человека в подобном состоянии кажутся внешним наблюдателям бесцельными, речь, обычно, инкогерентна. На ЭЭГ при этом фиксируются признаки 3 – 4 стадий фазы медленного сна. Авторы приводят сведения об укорочении золпидемом REM-фазы сна и удлинении non-REM фазы, обращая внимание, что общее увеличение времени медленного сна (non-REM) может повышать риск появления сомнамбулических расстройств.

По данным авторов, недавний (2008) обзор публикаций по теме показал, что золпидем ответствен за 15 из 17 описанных случаев поведенческих нарушений в процессе сна после употребления гипноседатиков из группы агонистов небензодиазепиновых рецепторов (в этом же обзоре отмечено, что из бензодиазепинов наиболее часто подобные нарушения вызывает триазолам).

Они обращают внимание на несколько гражданских дел, где истцы, принимавшие золпидем, требовали от Sanofi-Aventis (фирма-производитель) компенсации за повреждения, связанные с управлением автомобилем. Например, в деле *Gibson v. Sanofi-Aventis U.S.* (2009) Gibson, совершив ДТП после употребления золпидема, обратилась в суд с иском к компании — производителю препарата. Эксперты со сто-

роны истицы показали в суде, что с медицинской точки зрения является вероятным, что Gibson управляла автомобилем в состоянии сна, наступившего в результате приёма золпидема (примерно за 45 минут до несчастного случая), т.к. в период совершения ДТП она была без очков, которые обычно носит, на голове были бигуди, а на лице — грязевая маска. Они также ссылались на наличие в литературе описаний случаев управления автомобилем во время вызванного золпидемом сна. Судья, однако, решил, что заключение экспертов является “умозрительным”, и вывод о “сомнамбулическом состоянии” истицы не основывается на твердых научных данных из области медицины сна. Судья запретил использовать данное заключение экспертов в качестве доказательства по делу и в порядке упрощенного судопроизводства вынес решение в пользу ответчика (фармкомпании).

Авторы также идентифицировали около двух десятков уголовных дел, в которых обвиняемые пытались избежать уголовной ответственности, ссылаясь на ненамеренную интоксикацию золпидемом, т.е. использовать так называемую защиту на основании недобровольной интоксикации. Для успеха данной стратегии обвиняемый должен доказать, что в период правонарушения он находился в состоянии измененного сознания такой степени выраженности, что был лишен способности осознавать свои действия. На обвиняемом также лежит бремя доказывания, что нарушение его сознания и поведения суть проявление интоксикации, возникшей в результате употребления золпидема, и что принимая золпидем, он не желал вызывать у себя состояние интоксикации, (т.е. интоксикация возникла вопреки его воле) и не знал о потенциальной возможности препарата вызывать такие расстройства. Алкоголь и наркотики не относятся к числу субстанций, на которых можно строить подобную защиту. Суды исходят из того, что всякий, употребляющий алкоголь или наркотики, знает или должен знать, что они могут вызывать нарушение сознания.

Если обвиняемый доказал, что находился в состоянии интоксикации, но ему не удалось доказать “непроизвольность” интоксикации, он может попытаться строить защиту на основании добровольной интоксикации. В данном случае, он не освобождается от уголовной ответственности, но иногда может добиться снижения тяжести обвинений, например, удаления элемента заранее обдуманного намерения при

совершении убийства. Авторы приводят в качестве примера дело *Bingham v. State(2009)*, где Bingham выстрелил в свою жену и пасынка во время домашней ссоры: жена умерла, ребенок выжил. Bingham был обвинен в убийстве первой степени и попытке убийства. В суде он пытался убедить присяжных, что употребление назначенных ему врачом препаратов, включая золпидем, вызвало у него психические нарушения, исключающие уголовную ответственность. Подсудимый был признан виновным, но в менее тяжелом преступлении — в убийстве по внезапно возникшему умыслу и попытке убийства.

Решая подобные вопросы, суды пытаются установить, в какой степени обвиняемый мог предвидеть последствия приёма золпидема; для этого нередко используется теория “благоразумного человека”, т.е. как бы действовал в рассматриваемой ситуации обычный разумный человек. В деле *Kelly v. Salt Lake City Civil Service Commission(2000)* женщина-полицейский по фамилии Kelly после работы выпила несколько таблеток золпидема и намеренно не пошла спать, занявшись видеоиграми. Через некоторое время, она сделала несколько странных звонков полицейскому диспетчеру, включавших сексуальные намеки, измышления и ложное сообщение о пожаре. Она была уволена с работы, но оспорила увольнение в суде, утверждая, что ее поведение было непроизвольным и определялось действием назначенного врачом золпидема. Суд решил, что даже если врач, назначивший ей лечение, не предупредил ее о возможных побочных эффектах золпидема, она по своему собственному выбору приняла дозу, превышающую указанную врачом, и вместо того, чтобы пойти спать, намеренно осталась бодрствовать, тогда как “смысл [приема человеком] снотворного средства заключается в том, чтобы заснуть”. Суд также указал, что ранее истица неоднократно злоупотребляла золпидемом, в том числе и с целью совершения суицида.

В заключение авторы указывают, что по мере накопления данных о подобных поведенческих расстройствах и знакомства с ними широкой публики, успешная “золпидемовая защита” от уголовной ответственности может стать в будущем все более редким явлением, поскольку будет все труднее убедить суд, что обвиняемый, принимая золпидем, не знал о возможности появления вышеописанных побочных эффектов.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Комментарий редактора. Мы приводим пример заключения АСПЭЖ “ведущего экспертного учреждения страны”, пример, презентующий целый ряд случаев такого рода, случаев, где приходишь в изумление, которое не может не смениться возмущением. Откуда такая насмешка над здравым смыслом? Что это: формальное исполнение инструкции? попытка таким образом увеличить оборот проведенных экспертиз? академический редукционизм? Но в любом случае, это наплевательское отношение к подэкспертному, который в результате решения комиссии грубо вырывается из знакомой среды, унижается насильем, страдает и может декомпенсироваться. Зачем прибегать ко всему этому без особой нужды? Подэкспертные — не деревянные куклы, необходимо адекватное, взвешенное и обоснованное решение, учитывающее многообразие аспектов, а не одномерное следование шаблону.

Подэкспертный — не деревянная кукла! Академические тонкости или судьба больного

10 февраля 2012 года руководитель общественной приемной НПА России участвовала в судебном заседании по поводу признания недееспособной гр-ки Герасимовой В. Г., 1939 г.рожд.

Виктория Герасимова¹ родилась третьим ребенком в семье и с детства отставала от сверстников в физическом и психическом развитии. Ходить начала в возрасте 1,5 лет. В школу пошла в 8 лет, однако обучаться в массовой школе не смогла, не усваивала учебный материал, трижды дублировала первый класс, во вспомогательной школе обучаться не стала. Мать пыталась привить дочери трудовые навыки, однако особого успеха не достигла. К 29 годам, когда Герасимова впервые была осмотрена врачебно-квалификационной комиссией ПНД г. Москвы, она не знала, что такое времена года, не могла назвать месяц и число, чтением, письмом и счетом не владела. Могла выполнять только самую простую ручную работу, пришивать пуговицы. Ей был установлен диагноз “органическое заболевание центральной нервной системы с отставанием в умственном развитии и педагогической запущенностью” и оформлена II группа инвалидности. Впоследствии оставалась бездеятельной, дома лишь иногда помогала матери, стирала себе мелкие вещи, штопала чулки, мыла посуду, чистила картошку. Была неуклюжа, медлительна, угловата в движениях. Запас слов у Герасимовой всегда был крайне ограничен, она понимала только элементарные вопросы, круг ее интересов был ограничен домашними делами. При этом она была мягкой и послушной и потому не создавала особых проблем родителям. Наблюдалась в ПНД с диагнозом: “олигофрения в степени глубокой дебильности на грани с

имбецильностью”, “нерезко выраженная имбецильность неуточненной этиологии”.

С 1969 г. у Герасимовой стали отмечаться судорожные припадки с потерей сознания, возникавшие сначала в ночное время, а затем и днем. После припадков чувствовала сильную слабость. На приемах у психиатра находилась в ясном сознании, но неточно ориентировалась во времени и не могла самостоятельно сообщить о себе необходимые сведения. Улыбалась, щурила глаза, причмокивала губами, облизывала их. Не всегда осмысливала задаваемые ей вопросы, была вялой, амимичной, обстоятельной, застревала на мелочах. Ее лечили люминалом и смесью Серейского, а затем она получала также финлепсин, аминазин и диакарб. В результате лечения припадки стали значительно реже, и Герасимова была оформлена на работу в надомный цех лечебно-трудовых мастерских, где занималась клеейкой пакетов и банковских и библиотечных конвертов, изготовление пакетов больших размеров освоить так и не смогла. Работала вяло, малопродуктивно. Дома также была безинициативной, отказывалась ходить на прогулки, даже не выходила на балкон, говорила, что ей “не интересно”. В записях психиатра на протяжении многих лет отмечалось, что суждения Герасимовой остаются крайне незрелыми, по-детски наивными, круг интересов узок, а мышление носит сугубо конкретный характер. Объяснить смысл пословиц и поговорок она никогда не могла, так и не научилась читать и писать, а счетные операции выполняла только в пределах малых цифр. Существенной динамики в состоянии Герасимовой психиатры не отмечали. С 1986 г. (47 лет) Герасимова перестала посещать ПНД и в 1995 году ее карта была сдана в архив. Был установлен диагноз “органическое поражение центральной нервной системы (родовая травма) с невыраженной имбецильностью”.

¹ Имя и фамилия изменены.

стью”. В 1996 и 1999 гг. умерли мать и отец Герасимовой, и она проживала с племянником, который о ней заботился. После неожиданной смерти племянника в 2011 г. Герасимова осталась проживать с его гражданской женой, а родственники обратились в муниципалитет с заявлением о том, что Герасимова “не способна принимать решения, не может сама себя обслуживать (мыться, готовить, приобретать продукты и хозяйственные товары, производить уборку, выходить из квартиры одна), нуждается в постоянной посторонней помощи”. Специалисты муниципалитета провели проверку условий жизни Герасимовой, отметили, что последняя “от беседы с представителями муниципалитета и сотрудником ОВД отказалась, на приветствие и вопросы реагировала негативно, неадекватно”, и по просьбе родственников обратились в районный суд г. Москвы с заявлением о признании Герасимовой недееспособной.

Герасимова на судебном заседании присутствовала, сказала, что является собственником квартиры, хотя наследство она не оформила, поскольку “старшая не дала”. В настоящее время проживает с “Татьяной”, отчество и фамилию которой “пока не помнит”, “по-моему, Александровна”. Знает ее 8 лет, отношения у них хорошие. Возражала против проведения в отношении нее экспертизы, “пусть, кто назначал, сама и идет. Маша пускай сама идет на экспертизу, я с родителями не ходила, с ней тем более, отдельно тоже не пойду”, “не хочу, чтобы эксперт ко мне приходил, ко мне никогда никто из врачей не приходил”.

А вот как описан психический статус Герасимовой во время проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в Центре социальной и судебной психиатрии им. Сербского: “Внешний вид достаточно опрятный, одета по погоде. Держится напряженно, скованно. Мимика и жестикация маловыразительные, подэкспертная постоянно стереотипно морщит нос, приподнимает брови, раскачивается туловищем взад-вперед, старается отвернуться от собеседника, при этом на лице вне зависимости от контекста беседы постоянная улыбка. В контакт вступает неохотно. Речь обычная по темпу, голос с детскими интонациями. На вопросы отвечает односложно, порой только после повторения одного и того же вопроса. Грамматически верно строит предложения, словарный запас скудный. Не может указать текущую дату, время года: “осень скорее всего... а может и зима”. Правильно называет свое имя, отчество и фамилию, ошибочно указывает дату своего рождения — “1942”, а также свой возраст: “90 уже мне”, тут же спонтанно добавляет: “А сестра еще старше, ей — 80”. Через несколько минут про свой возраст говорит: “мне 50 лет”. Не знает, где находится, может указать только город: “в Москве сейчас, этого района не знаю”, затрудняется назвать номер своей квартиры, этаж дома, на котором находится квартира. Цели экспертизы также не знает. Постоянно прерывается прекратить общение с врачом,

привстает со стула, хочет выйти из кабинета: “Не люблю я с врачами говорить, эта целая история и биография. Разговаривайте с Таней, с моей снохой, она вам все расскажет”. Жалоб не высказывает: “Здоровая я сейчас, и всегда была, никогда ничем не болела, ходила в диспансер, там пенсию назначали”. Анамнестические сведения сообщает отрывочно, на просьбу датировать те или иные события, указать, когда они произошли, называет случайные цифры, чаще всего — “лет 10 назад”. При этом может в ходе повторного обсуждения того же факта биографии назвать совсем другой год. Не знает даты смерти своих родителей: “мама умерла в 1955 году, а папа — не знаю”. Крайне поверхностно ориентирована в простых бытовых вопросах. В то же время заявляет, что может делать сама “все, что угодно: пол мести, посуду мыть, на стол накрывать — три тарелки надо ставить, три чашки”. Не знает размера своей пенсии: “она в банке лежит, за ней Таня ходит, в магазин тоже сама не хожу, мне ни к чему ноги пачкать”; размера ежемесячных коммунальных платежей: “всем Таня занимается, мне не интересно это”. Говорит, что помимо того, что получает пенсию, ей помогают “жилички”: “Живут у меня в квартире, хорошо платят, но пока денег не давали”. Заявляет, что “с удовольствием стала бы жить одна, но не получится, не хочу”. О своем обычном времяпрепровождении рассказывает: “сiju, телевизор смотрю, это моя работа, гляжу передачи про танцы и любовь, гулять хожу со снохой, одной гулять милиция не разрешает”. Сообщает, что “ходила на выборы потому, что нельзя не ходить. Если не сходить, то ругаться будут, двойка будет, голосовала за Медведева и Путина, Жириновский и Зюганов надоели”. Себя характеризует вспыльчивой, “тяжелой”, раздражительной, “когда ссоримся дома, то бывает, что кричу, но руки не распускаю”. Говорит, что ее “постоянно таскает в суд сестра”, “хочет в больницу положить”, “в больницу не поеду, пусть Машка сама едет, на суде откажусь от Машки, скажу, чтобы ей закрыли рот, хочу с Таней жить”. Внезапно заявляет: “Все, больше не хочу с вами разговаривать, надоело, с Таней дальше говорите”, отворачивается от собеседника, замолкает. Обманов восприятия не обнаруживает. Активно переживаний не высказывает”.

Далее эксперты Центра им. Сербского (Д. Н. Корзун, Н. В. Лазько и А. С. Шаманаева) пришли к выводу, что “в связи с неясностью клинической картины решить диагностические и экспертные вопросы в отношении Герасимовой В. Г. в амбулаторных условиях не представляется возможным. Герасимовой В. Г. рекомендуется проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы.”

Надо заметить, что суд даже не ставил вопрос о том, каким именно психическим расстройством страдает В. Герасимова. На разрешение экспертов были поставлены следующие вопросы:

1. Страдает ли Герасимова каким-либо психическим расстройством?

2. Может ли она по состоянию своего здоровья понимать значение своих действий и руководить ими?

3. Может ли она по состоянию своего здоровья быть вызванной в судебное заседание и принимать участие в процессуальных действиях, способна ли понимать процессуальные действия?

И вот на эти вопросы эксперты не смогли найти ответ после своего весьма внимательного обследования (о чем можно судить по содержательной части заключения экспертов). “Неясность клинической картины” перевесила все доводы здравого смысла. Судья

просто не могла найти слов от возмущения: “Да они что там ничего не видят? Зачем же бабушку в больницу? Она ведь там и умереть может, она ведь никогда из дома не выходила!”.

Судья охотно приобщила к материалам дела заключение комиссии НПА России о том, что “интеллектуально-мнестическое снижение, имеющееся у Герасимовой, выражено столь значительно, что лишает ее способности понимать значение своих действий и руководить ими”, и назначила повторную амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в ГКПБ № 1 им. Алексеева.

Л. Н. Виноградова, Н. В. Спиридонова

РЕКОМЕНДУЕМ

Эрнст Шумахер

МАЛОЕ ПРЕКРАСНО

Экономика, в которой люди имеют значение

ETHICS IN PSYCHIATRY

Hanfried Helmchen; Norman Sartorius (Eds.)

2010, Hardcover, 573 pages

Springer: 978-90-481-8720-1

£126/€139.95

www.springer.com

Снова и еще решительнее вспять?

После 18 лет неисполнения закона правительство собирается снять проблему защиты прав пациентов психиатрических стационаров

17.01.2012 г. Минздравсоцразвития РФ опубликовал законопроект, предлагающий новую редакцию ключевой статьи 38 Закона РФ от 2.07.1992 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. **Вместо прежней редакции:**

“ст. 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд”.

Предлагается:

“Ст. 38. Защита прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Защита прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, осуществляется в соответствии с Федеральным конституционным законом от 26 февраля 1997 г. № 1-ФКЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”.

Таким незамысловатым образом исполнительная власть намеревается **СНЯТЬ** проблему скандального неисполнения закона в течение 18 лет, вместо ее решения, и похоронить грандиозные усилия по подготовке этого решения всеми психиатрическими обществами и правозащитными организациями все эти 18 лет.

Такой циничный прием ликвидации смысла статьи закона вместо ее исполнения, да еще в предвыборный период, когда объявлен диалог с обществом, вызывает у всех глубокое возмущение.

Вместо ст. 38 в ее нынешнем виде, гарантирующей создание самостоятельной службы как автономного структурного звена “независимого от органов здравоохранения”, МЗСР предлагает ограничиться указанием, что функция защиты прав пациентов психиатрических стационаров осуществляется Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации.

Проблемы защиты прав психически больных, наиболее уязвимой категории граждан, острее и актуальнее всего стоит в отношении пациентов психиатрических стационаров, как закрытых учреждений, где необходим и государственный и общественный контроль. Особенно важно это в психиатрических стационарах, осуществляющих принудительное лечение пациентов, совершивших уголовно наказуемое деяние и признанных невменяемыми, поскольку пациенты находятся там годами, и их права нарушаются повсеместно. Однако попытка распространить Федеральный закон от 10 июня 2008 г. № 76-ФЗ “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействиях лицам, находящимся в местах принудительного содержания” на эти стационары была в ноябре 2011 г. отвергнута Государственной Думой РФ.

Теперь фактически отвергается и государственный вневедомственный контроль. Тем самым теряется смысл всего закона “о гарантиях прав граждан при оказании психиатрической помощи”, т.к. его ст. 38 говорит о самой сердцевине проблемы.

Сейчас действия Минздравсоцразвития подтолкнуло не 18-летнее игнорирование властью собственного закона и не положительная виза пять с лишним лет назад Президента Путина, полученная лично Уполномоченным по правам человека в РФ В. П. Лукиным, а наше обращение в Генеральную прокуратуру РФ со ссылкой на Кыргызский пример, где в совершенно сходной ситуации суд обязал правительство выполнить собственный закон.

В результате вместо того, чтобы издать Указ Президента или распоряжение Правительства профинансировать подготовленный пилотный проект исполнения закона в трех регионах страны специальной структурой при Уполномоченном по правам человека в РФ, предлагается формально нагрузить Уполномоченного финансово неосуществимым заданием.

Особенно циничным является отзыв на этот законопроект Минздравсоцразвития зам. министра финансов Н. Г. Нестеренко, который не постеснялся называть наши требования выполнения **закона 1992 г.** дублируем **приказа Росздравнадзора 2006 г.** о созда-

нии “Общественного совета по защите прав пациентов”, который является такой же ширмой общественной организации как при других министерствах, члены которого пофамильно назначаются сверху из верноподданнических людей.

Главным авторитетом для врачей России является не Минздравсоцразвития, разработавший этот законопроект, а Пироговский съезд, который выразил ему

недоверие. Но резолюция съезда игнорируется властью.

Общественность не просит, а требует выполнения властями собственных законов, и не собирается удовлетворяться отписками, имитациями, отговорками — хорошо всем видным обманом, которым за все эти 18 лет мы пресыщены.

Ю. С. Савенко

О проекте федерального закона «О внесении изменений в статью 38 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”»

Подготовленный Минздравсоцразвития России законопроект не только не обеспечивает оптимизации законодательного регулирования вопросов, связанных с созданием службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, но фактически упраздняет ее. В новой редакции ст. 38 отсутствует упоминание о такой службе как самостоятельном институте, об обязанности государства по ее созданию, а также о таком принципиально важном критерии ее образования как независимость от органов здравоохранения. Из ст. 38 предлагается целиком исключить часть 2, в которой перечислены полномочия представителей службы, что представляется совершенно необоснованным.

Никто не возражает против тезиса авторов законопроекта о том, что ФКЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации” позволяет Уполномоченному осуществлять правозащитную деятельность в отношении пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Однако при этом не учитывается, что задачи, которые ставятся перед службой в действующей редакции ст. 38, а также концепция, из которой исходил законодатель при формулировании этой нормы, не могут быть реализованы силами Уполномоченного.

Как указывается в письме Т. А. Голиковой в Правительство РФ от 05.12.2011, Уполномоченный самостоятельно утверждает структуру рабочего аппарата. Видимо поэтому предложенная редакция ст. 38 не обязывает Уполномоченного создать в структуре рабочего аппарата (либо вне его структуры) указанную

службу. Функции по защите прав пациентов, согласно данной редакции ст. 38, определяются исходя из общего контекста закона и, по сути, могут исчерпываться рассмотрением единичных жалоб от пациентов психиатрических стационаров. К законопроекту не приложен проект тех изменений, которые потребуются внести в ФКЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”. Поэтому оценить должным образом перспективность такой правозащитной деятельности, а также степень эффективности решения проблем пациентов в условиях психиатрических стационаров не представляется возможным.

Чрезмерная лаконичность, однозначность и целиком отсылочный характер новой редакции ст. 38 делают ее неясной, позволяют трактовать ее таким образом, что защита прав пациентов в стационарах может осуществляться исключительно или преимущественно в рамках ФКЗ “Об Уполномоченном...”. Образуется конкуренция норм: статьи 38, с одной стороны, и статей 7, 45 и 46 Закона о психиатрической помощи, с другой стороны.

Внесенный в Правительство РФ законопроект является неприемлемым. Он нуждается в доработке и представлении на обсуждение специалистов в пакете с законопроектом о внесении изменений в ФКЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”.

Руководитель юридической службы НПА России
канд. юрид. наук, советник юстиции
Ю. Н. Аргунова

Письмо Путину

Приведенные выше тексты 26.01.12 были помещены на сайт нашей Ассоциации, а 13.02.12 (в предвыборный период) после необходимых согласований курьером Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации выслано письмо премьеру В. В. Путину.

*Председателю Правительства
Российской Федерации
В. В. Путину*

Глубокоуважаемый Владимир Владимирович!

18 ноября 2005 г. по поручению XIV съезда психиатров России руководители трех общественных организаций — Российского общества психиатров, Независимой психиатрической ассоциации России и Общероссийской организации инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников “Новые возможности” — обратились к Вам с просьбой разработать комплекс мер, направленных на реализацию Статьи 38 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и создать предусмотренную этой статьей Службу защиты прав пациентов при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации.

Это обращение было передано Вам Уполномоченным по правам человека в РФ В. П. Лукиным на ежегодной встрече 10 декабря 2005 г., после чего Вы дали поручение Правительству от 10.12.2005 № Пр-2061 о проработке данного вопроса, создании Службы и обеспечении ее финансирования с 2006 года.

Во исполнение Вашего поручения была проведена огромная работа со всеми заинтересованными ведомствами: разработан и согласован проект Указа Президента Российской Федерации “О проведении эксперимента по созданию независимой системы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, и внесении изменений в Указ Президента РФ от 31 декабря 2005 г. № 1574 “О Реестре должностей федеральной государственной гражданской службы” и Указ Президента РФ от 25 июля 2006 г. № 763 “О денежном содержании федеральных государственных гражданских служащих”; разработано Положение о деятельности Бюро (ранее — Служба) по защите прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, при Уполномоченном по правам человека в РФ; подготовлено финансово-экономическое обоснование проекта Указа Президента о проведении эксперимента по созданию независимой системы защиты прав пациентов.

Предполагалось проведение двухлетнего эксперимента по созданию и функционированию Бюро по защите прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, в трех федеральных округах с последующим подведением итогов и принятием специального закона о Службе или внесении изменений

и дополнений в Законы о психиатрической помощи и об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации. Однако жесткая и бескомпромиссная позиция Министерства финансов РФ, отказавшегося выделить средства на пилотный проект, не позволила приступить к осуществлению эксперимента.

2 февраля 2011 г. Независимая психиатрическая ассоциация России обратилась с письмом в Генеральную прокуратуру Российской Федерации с просьбой принять меры прокурорского реагирования по факту неисполнения ст. 38 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и бездействия в этой связи федеральных органов исполнительной власти, и Генеральная прокуратура подготовила соответствующую информацию в Правительство Российской Федерации о необходимости принятия мер по исполнению ст. 38 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Реакция Правительства оказалась неожиданной. **Минздравсоцразвития России разработал законопроект “О внесении изменений в статью 38 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, предлагающий вообще отменить создание Службы защиты прав пациентов и возложить все обязанности по защите прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, на Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации без всякого организационно-финансового обеспечения этой меры.**

Такой подход целиком выхолащивает саму идею Службы, поскольку ее представители должны разрешать поступающие жалобы пациентов, в первую очередь, с администрацией психиатрического учреждения, и должны посещать эти учреждения на постоянной основе (а лучше — находиться в них постоянно), чтобы обеспечить свою доступность для пациентов и немедленную реакцию на поступающие жалобы и обращения. ФКЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации” позволяет Уполномоченному осуществлять правозащитную деятельность в отношении пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, однако задачи, кото-

рые ставятся перед службой в действующей редакции ст. 38, а также концепция, из которой исходил законодатель при формулировании этой нормы, не могут быть реализованы силами Уполномоченного, особенно если учесть, что Уполномоченный в Российской Федерации не имеет своих представителей в регионах страны.

Между тем, создание независимой от органов здравоохранения Службы защиты прав пациентов продолжает оставаться актуальным в связи с имеющимися место нарушениями прав пациентов психиатрических стационаров. В ряде учреждений пациентам отказывают в предусмотренном ст. 9 Закона и ст. 22 ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” (ранее ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан) праве на получение информации о состоянии их психического здоровья, в т.ч. копий медицинских документов. Нередко пациентам не сообщаются и не разъясняются основания помещения в стационар; имеют случаи фальсификации согласия пациента на госпитализацию и лечение. Нуждается в защите и право пациента на справедливое судебное разбирательство вопроса о правомерности его недобровольной госпитализации, с тем, чтобы исключить необоснованное лишение возможности участия в судебном заседании, отказы судов выезжать в стационар по месту пребывания пациента, выдачу решений судов только одной стороне процесса — психиатрическому стационару. Вследствие неисполнения Решения Европейского суда по правам человека по делу “Ракевич против России” (2003 г.) пациенты по-прежнему лишены права самим инициировать судебную процедуру проверки их недобровольной госпитализации.

Создание Службы защиты прав пациентов должно обеспечить соблюдение и других прав пациентов, предусмотренных Законом и Основами, в частности право подавать без цензуры жалобы и заявления в органы власти, прокуратуру, суд и адвокату, с тем, чтобы исключить перлюстрацию таких обращений и обеспечить безусловное направление их адресату. Нуждается в защите и право пациентов психиатрических стационаров видаться с адвокатами и иными избранными ими самими представителями; принимать представителей правозащитных организаций, в т.ч. профессиональных общественных организаций врачей-психиатров, осуществляющих свои функции в соответствии со ст. 46 Закона о психиатрической помощи. Требуется исключить случаи отказов администрации психиатрических учреждений принимать жалобы и заявления от представителей пациентов, оформивших свое представительство в соответствии со ст. 7 Закона.

Особенно серьезной защиты требуют права пациентов, совершивших уголовно наказуемое деяние, но

освобожденных от уголовной ответственности в связи с признанием их невменяемыми, и проходящих принудительное лечение в стационарах специализированного типа, поскольку сроки лечения в таких стационарах достигают нескольких, а порой и нескольких десятков лет, а условия пребывания часто не отвечают установленным стандартам. Нередко пациенты находятся в состоянии полной неопределенности относительно сроков своей выписки, в то же время имеют место случаи, когда суды рассматривают вопрос о продлении или изменении принудительной меры медицинского характера в отсутствие в судебном заседании самих пациентов.

В ноябре 2011 г. была сделана попытка распространить Федеральный закон от 10 июня 2008 г. № 76-ФЗ “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания” на эти стационары, однако она была отвергнута Государственной Думой РФ. **Таким образом, в самом актуальном для контроля месте — закрытых психиатрических учреждениях — пресекается и общественный, и вневедомственный государственный контроль за соблюдением закона.**

Подводя итог всему вышесказанному, можно сделать вывод, что создание Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, продолжает оставаться совершенно необходимым, и внесенный в Правительство РФ законопроект является неприемлемым. Он нуждается в доработке и представлении на обсуждение специалистов в пакете с законопроектом о внесении изменений в ФЗ “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”.

Просим Вас, глубокоуважаемый Владимир Владимирович, не допустить выхолащивания закона о психиатрической помощи в части защиты прав пациентов и довести до конца большую работу, выполненную согласно Вашему распоряжению от 10.12.2005 г.

Председатель Правления
Российского общества психиатров
Н. Г. Незнанов

Президент Независимой
психиатрической ассоциации России
Ю. С. Савенко

Председатель Общероссийской общественной
организации инвалидов вследствие
психических расстройств и их родственников
“Новые возможности”
Н. Б. Левина

10.02.2012 г.

Социальная психиатрия сегодня

12 – 14 декабря состоялся Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии, посвященный 90-летию Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. На этот раз, как было подчеркнуто, он был целиком оплачен Минздравом, а не фармакофирмами. Директор Центра проф. З. И. Кекелидзе, излагая историю своего учреждения, назвал число прошедших через Центр диссидентов по двум политическим статьям (309 + 61), но — сказал он, — “это перевернутая страница”. Состоявшийся на следующий день Пленум Российского общества психиатров по судебной психиатрии — впервые за свою историю по этой теме — напоминал рабочее совещание и рисовал довольно благостную картину. Не прозвучало ни слова самокритики. На мой вопрос об этом докладчик, один из руководящих работников Центра Е. В. Макушкин, ответил: “Вы это делаете за нас”, не упомянув о полной глухоте Центра к этой критике. Мне, представлявшему Независимую психиатрическую ассоциацию России, вместо обещанных пяти дали три минуты на выступление.

“Доктор Макушкин начал свое выступление с цитирования статьи закона о государственной экспертной деятельности, что эксперт является независимым. Ему достаточно этой декларации, он считает это убедительным щитом от критики. Самокритика ему не нужна. А ведь это самая выдающаяся особенность отечественной медицины. — Пироговская традиция нигде в мире не прозвучала с такой силой. На Пироговских съездах дореволюционной России доминировали психиатры. На последнем Пироговском съезде месяц назад мы с Ю. Н. Аргуновой были единственными делегатами от психиатрии. На этом форуме было почти полтысячи делегатов со всей страны и еще две тысячи в on-line режиме. Съезд был единодушен и честен, все называлось своими именами, Минздрав был признан несостоятельным, а законопроект “Об охране здоровья граждан” не подлежащим ремонту. Прочтите резолюцию Пироговского съезда на сайте rmass.ru.

В каждом выпуске Независимого психиатрического журнала вот уже 20 лет приводятся примеры грубого снижения уровня судебно-психиатрической экспертной практики. — “Не занимайтесь саморекламой”, — вдруг внедрился по микрофону председатель РОП проф. Н. Г. Незнанов. — Хорошо. Тогда почему игнорируется замечательная монография проф.

Н. Г. Шумского “Диагностические ошибки в судебно-психиатрической экспертной практике” за другие 20 лет, с 1962 по 1983 годы?

Мы не только критики, мы как мало кто продвинули проблему недееспособности. Расширение прав недееспособных фигурирует в законе в формулировке наших юристов Ю. Н. Аргуновой и Д. Г. Бартенева.

Для всех нас, как врачей, доминантой сегодня должны быть дела Магнитского и Алексаняна. Раньше В. П. Сербский требовал не пускать полицейских на порог медицинского учреждения, а сейчас убивают неоказанием медицинской помощи, ставя условием дачу требуемых показаний”.

В своем заключительном слове Е. В. Макушкин, как бы между прочим, заметил: “Наши ординаторы читают монографию Шумского, но его разборы устарели, там нет квалификации по МКБ” (!). Мне осталось только выкрикнуть: “Позор так говорить о Шумском!”. Кошунственное замечание об одном из наиболее выдающихся наших клиницистов, кстати, показавшем пример благородства по отношению к Центру, откуда его выжили, исходило от руководителя отдела детской и подростковой психиатрии Центра им. Сербского и главного детского психиатра Минздрава, не озаботившегося восстановлением этой субспециальности, - главного, что он мог бы сделать. Срачивание Центра им. Сербского с Минздравом — давняя советская традиция. Еще с тех пор Центр им. Сербского именовали “министерством психиатрии”.

Значительное число занимающих руководящее положение коллег в кулуарах открыто говорили, что думают также, но ... связаны пресловутой вертикалью. — Мы видим, что она давно протрухлавила.

Символично для этого учреждения, что проводя конгресс по социальной психиатрии, т.е. той стороне психиатрии, которая сливается с общественной жизнью, он ухитрился остаться в стороне, совершенно глухим к этой общественной жизни.

Помимо Пленума РОП в рамках Конгресса прошли еще два важных заседания. — Совещание президентов психиатрических обществ стран СНГ — 10 зоны Всемирной психиатрической ассоциации, превосходно организованное зональным представителем проф. Петром Викторовичем Морозовым, и заседание Этической комиссии РОП с нашим участием. На обоих подробно разъясненная позиция НПА России оказалась востребованной.

Ю. С. Савенко

Пастырь — психиатр — психотерапевт

*III Международная конференция, посвященная наследию
Митрополита Антония Сурожского “Церковь — Богочеловеческое общество”*

Религиозный опыт и психопатологические расстройства — две особые формы организации психики. Их сближает своеобразие актуальных переживаний и возможность (если не неизбежность) последующих изменений личности. Но направленность этих преобразований различна: в вере это духовное восхождение, при психической болезни — обеднение, опустошение душевных процессов. Уловить, показать, убедительно доказать это различие не всегда бывает легко. Вот почему проблема “психиатрия и религия” постоянно привлекает к себе внимание как специалистов, так и общества.

Личность митрополита Антония Сурожского, иерарха Русской православной церкви, возглавляющего ее приход в Лондоне, хорошо известна каждому просвещенному россиянину — и верующему, и человеку светского мирозерцания. И для тех, и для других его моральный авторитет был чрезвычайно высок. В нашем специальном медицинском журнале уместно напомнить, что митрополит Антоний (в миру Андрей Борисович Блюм, 1914 – 2003) по светскому образованию — врач, имевший многообразный клинический опыт — хирургическую практику, общение с психически больными, но главное — во всех сторонах своей деятельности, и пастырских, и медицинских, — проявлявший ни с чем несравнимый, духовно созидательный, целебный психотерапевтический дар. Его труды (проповеди, выступления, доклады, собственноручно печатные работы он после себя не оставил), собранные и опубликованные для российского читателя, в первую очередь благодаря усилиям Е. Л. Майданович, уже составляют два тома, каждый из которых насчитывает более тысячи страниц.

Другой формой приобщения к наследию митрополита Антония Сурожского стали международные конференции. Настоящая, состоявшаяся в сентябре 2011 года, — третья. Она продолжалась три полных дня, собрала около 300 человек — россиян, москвичей и представителей других регионов, граждан стран СНГ и Западной Европы. Среди прибывших из дальнего зарубежья было особенно много тех, кого с митрополитом Антонием связывали личные отношения. Все три конференции проходили в Доме русского зарубежья им. А. И. Солженицына. По нашему мнению, эти встречи, уже ставшие традиционными, свидетельствуют о глубинном духовном единстве России значительно более содержательно и возвышенно, чем некоторые другие акции, провозглашающие такие же принципы.

Конференция включала в себя не только доклады, но и видеоматериалы о Владыке, которые, будучи по-

добраны одним из организаторов конференции кандидатом биологических наук Е. Ю. Садовниковой, по особому усиливали атмосферу духовного поиска, подсказывали направление дальнейших размышлений, формулировок вопросов и ответов. Впервые были проведены дискуссионные группы, всего 9, каждая из которых собрала от 10 – 12 до 35 – 40 участников. Укажем лишь наиболее близкие по тематике к медицине: “Духовное совладение” (ведущий группы — известный психолог профессор Ф. Е. Василюк), “Церковная ограда и современная медицина” (ведущий — священник и врач-хирург (путь митрополита Антония! — Б. В.) Михаил Геронимус), “Пережить горе” (ведущая — Фредерика де Грааф — рефлексотерапевт Первого московского хосписа), “Вера и болезнь: психиатрические и психотерапевтические аспекты” (ведущий — автор этих строк).

Если на первых двух конференциях в определенной мере преобладали мемориальные мотивы, то доклады нынешней конференции были посвящены актуальным, сложным, острым вопросам церковной и мирской жизни, проблемам психического здоровья, некоторым феноменам культуры как составляющим духовного бытия человека.

Нет никакой возможности представить обзор докладов, их было более 20. Но следует отметить некоторые значимые для психиатра и психотерапевта положения, с разными акцентами прозвучавшие во многих докладах. В жизни Церкви, в общении с Богом — литургическом или личномолитвенном сосуществуют начала сакральное и профанное, и в этом соединении всегда содержится непостижимая для человека тайна. Вера — это переживание встречи с Богом, а не идеологическая программа, не нравственный кодекс.

Поэтому любая попытка приспособить христианство к мирским, к социальным потребностям для него губительна. И вместе с тем христианину не следует уклоняться от вопросов, выдвигаемых временем, должно стремиться оцерковлять и мирскую жизнь, то есть делать любое дело для Бога (при этом осознавая, что путь к нему лежит через помощь ближнему, а ближний — это тот, кому трудно, плохо), хотя это не совсем гарантирует земное счастье и покой. Христианство не индивидуалистично, каждый верующий человек — член Церкви, человеческого сообщества.

Прозвучавшие на конференции размышления Б. А. Воскресенского на тему: “Душевнобольной в Церкви и в обществе” публикуются в настоящем номере журнала.

Конференция получила высокую оценку большинства участников. Следующую планируется провести, соблюдая установившийся ритм, через 2 года.

По материалам III конференции в ближайшем будущем предполагается выпустить сборник. Материалы I конференции увидели свет в 2008 году, доклады II конференции также готовятся к печати.

В промежутках между конференциями в “Русском зарубежье” проводятся семинары по проблемам, над

которыми размышлял митрополит Антоний. На них затрагиваются и вопросы педагогики, психологии, психогигиены, психотерапии. Периодичность семинаров — 1 раз в 2–3 месяца. Вход свободный.

Б. А. Воскресенский

Политика вторгается в психиатрию

На протяжении последнего года активизировалось наступление на религиозные организации. В старинном университетском Томске возбуждено судебное дело по обвинению одной из древнейших религиозных книг “Бахавад-гиты” в разжигании религиозной розни, экспертизы Томского и Кемеровского государственных университетов подтвердили это вполне средневековое обвинение. О сходном иске в адрес Библии наш журнал писал в 2002 (№ 4, стр. 47–51).

Что это: дремучесть, малокультурность экспертов или безропотное выполнение заказа?

Вот уже год продолжается судебное дело в отношении пастора протестантской церкви “Новое поколение” Михаила Дарбиняна в Благовещенске за распространение DVD-дисков с его проповедями, в которых якобы использованы методы гипноза, суггестии, НЛП и воздействия на подсознание. О заключении местного заведующего кафедры психиатрии, подтверждающего эту заведомую нелепость, Независимый психиатрический журнал писал в 2010 г. (№ 4, стр. 57–60). Повторная экспертиза предстоит в Хабаровске.

Минюст, изгнавший из своего так называемого “Общественного совета” профессионалов-религиоведов и заменивший их доморощенными антикультуристами во главе с одиозным Дворкиным, представляет лицо власти. Здесь можно спорить только о том, используя типологию Григория Померанца, “морду” или “рыло” власти. Дворкин обсуждал недавно в Архангельске с местным назначенцем-губернатором, как прижать религиозные организации. Метод прост: в списке литературы, признанной экстремистской, уже более тысячи названий. “Протоколов сионских мудрецов” — провокационной фальшивки царской охранки, которая снова в ходу, — там нет.

Прошедшие выборы в Государственную Думу ознаменовались огромным победным отрывом правящей партии “Единая Россия” в психиатрических больницах. Согласно многочисленным свидетельствам, директора и руководители различных учреждений, мэры и губернаторы отвечали своим местом за победу на выборах правящей партии с высоким процентом голосов. В образцовой Московской областной орехово-зуювской психиатрической больнице, о которой мы недавно писали (НПЖ, 2011, 3, стр. 85–87), за правящую партию проголосовало 90,07 % избирателей. Впереди только СИЗО Волоколамска (УИК № 119) — 96,17. В контрасте с этим не только во всех наукоградах Подмосковья и Новосибирска, но и в военном городке Щелково-7, где расквартирован широко известный щелковский ОМОН “Зубр”, за КПРФ проголосовало 38 % избирателей, а за “Единую Россию” всего 18 % (“Подмосковная правда”, № 49, 15 декабря 2011 г.). “Избиратели участка № 3295, расположенного в московской психиатрической больнице им. Гиляровского, в массовом порядке поддержали нынешнюю партию власти — 93,14 % голосов (353 человека)”. За “Справедливую Россию” — 6,07 % (23 человека), за ЛДПР — 0,49 % (3 чел.), остальные партии не получили ни одного голоса (“Советская Россия”, 6 декабря 2011 г.).

Многие масс-медиа подчеркивают, что психиатрические больницы и тюрьмы дали результаты почти как в Чеченской Республике, т.е. приближающиеся по верноподданничеству к 100 %.

Что это: реальный результат или фальсификация? Но такая фальсификация провокационна или не умна со стороны заказчиков. Если же это реальный результат, то он только дискредитирует власть. Это шахматная вилка.

В 3-ем выпуске “Независимого психиатрического журнала” за 2011 г. в тексте “Поездки в Ногинскую и Орехово-Зуювскую больницы” (3 абзац, 4 строка) допущена ошибка в фамилии главного врача Орехово-Зуювской больницы. Следует читать: к.м.н. Г. И. Шурыгин. Приносим свои извинения Григорию Ивановичу и читателям.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Надежда Мальцева¹

БЕЛЫЙ БИЛЕТ

Он так и не вспомнил дорогу домой.
Теодор Крамер. Военнопленный.

Идёт домой солдат с войны,
гремит его костыль,
зияют рваные штаны,
в щетину въелась пыль,
однако шире волжских вод
улыбка у солдата,
и птичка в рот влетит вот-вот
из фотоаппарата.

Идёт и лыбится, а зря,
у самых райских врат
добьёт калеку втихаря
патрульный спецотряд,
поддал, уснул, и все дела,
не пуля, не саркома —
куда раскинул вран крыла,
шагай, и будешь дома!

И он пошёл, а дома нет,
из груды кирпича
торчит, горит иванов цвет,
зелёная свеча,
да соловьи поют всю ночь
в кустах обезумелых...
Сглотнёт солдат и двинет прочь,
качать права в отделах.

И будет утро, и допрос,
как стычка под огнём.
Лишь то, что он с войны унёс,
останется при нём,
и он сменяет вещмешок

на спирт и две затяжки,
чтоб закусить на посошок
в вонючей каталажке.

Но может быть, да, может быть
вояку примет мир,
чтоб он тудить и растудить
не посрамил мундир,
восстанет тыщу лет спустя
с носилок катафалка
орденоносная культа
и всхлипнет: “Птичку жалко”.

Куда несёт тебя, герой?
Ведь ты везде убит.
Пусть даже пир идёт горой,
тебя на нём знобит.
Момент! Снимаю, дорогой!
А ты — ты бел, как наст,
но чёрный ящик пнуть ногой
вовек судьба не даст.

Зовёт маяк на берегу
и мёртвые суда,
я тоже вспомнить не могу,
зачем иду туда.
Домой, домой! — маня сквозь мглу,
гремит во тьме стоккато,
и птичка бьётся на полу
у фотоаппарата.

2010

¹ **МАЛЬЦЕВА Надежда Елизаровна** — поэт, переводчик. Лауреат поэтической премии “Серебряный век” за 2011 год. Дочь писателя Елизара Мальцева, выходца из забайкальской старообрядческой семьи. При советской власти по цензурным соображениям не могла печататься, ее стихи циркулировали в самиздате, выступала как поэт-переводчик. С 1990 г. начала публиковаться в России и США. С 2009 года — член ПЕН-клуба.

90-летие ШОТА ГАМКРЕЛИДЗЕ



Шота Гамквелидзе — прошел замечательный, достойный всеобщего уважения путь:

– юного добровольца, сражавшегося на подступах к Москве, кавалера ордена Великой Отечественной войны I степени;

– студента, кончившегося с отличием Тбилисский медицинский институт;

– врача, любящего свой предмет и своих больных, активно повышающего свой уровень;

– главного врача Сухумской, а затем в течение 14 лет Республиканской психиатрической клинической больницы в Тбилиси (1959 – 1973);

– научного руководителя впервые созданного в НИИ психиатрии им. М. Асатиани отдела клинической психофармакотерапии (1973 – 1999).

В 1971 г. Шота Гамквелидзе защитил в Москве докторскую диссертацию “Психопатологические особенности циркулярно протекающих атипичных аффективных психозов”. Он автор 326 научных работ, в том числе 14 монографий и двух учебников.

В 1988 – 2000 гг. он был первым президентом Независимой ассоциации психиатров Грузии, которая

его стараниями была принята в 1996 г. членом Всемирной психиатрической ассоциации.

Он — кавалер ордена “Чести” Грузии.

Со времени работы Шота над докторской диссертацией 43 года назад начались наши дружеские отношения и встречи, когда я мог непосредственно оценить его целеустремленный творческий темперамент, профессиональную интуицию, организаторскую хватку, исключительное радушие и благородство в личных отношениях, а впоследствии отважные выступления на съездах ВПА.

Поздравляя юбиляра и отдавая ему должное, желая ему радости от успеха начатого им дела, нельзя не посетовать на те постыдные для нас препятствия, которые мешают нашему общению, возможности лично выразить наше глубокое уважение и любовь к грузинской психологической школе и грузинской психиатрической школе, достойным представителем которой является Шота Гамквелидзе.

Ю. Савенко

НЕКРОЛОГ

Памяти Мелвина Сабшина 1925 – 2011



В течение 23 лет (1974 – 1997) бессменный медицинский директор Американской психиатрической ассоциации, ее стратег, Мелвин Сабшин превратил эту организацию в огромный, сложный, успешно развивающийся организм, умело встроенный в систему связи с общественностью и правительством. Съезды АПА стали фактически всемирными. Одаренный психиатр, организатор, клиницист, специалист по стрессу и психосоматическим реакциям, имеющий также психологическое, психоаналитическое и нейробиологическое образование, Мелвин Сабшин содействовал разработке DSM-III (1974 – 1980), которая соотносилась с развитием ICD-9, и внесла множество инноваций: эксплицитные диагностические критерии, многоосевую систему и дескриптивный подход, нейтральный к теоретическим и этиологическим представлениям. DSM-IV в 1995 году открывается с посвящения: “Мелвину Сабшину, человеку на все времена”.

Д-р Сабшин сыграл значительную роль и в становлении современной отечественной психиатрии. Быть может, этому неравнодушному участию послужили его российские, а точнее белорусские корни.

Сочетание ясного трезвого критического взгляда, духа доброжелательности, терпимости и в то же время высокой принципиальности и откровенности позволяли ему всегда находить взвешенную мудрую позицию, неизменно оказывавшуюся наиболее дальновидной.

Мы с благодарностью вспоминаем советы д-ра Сабшина

– о необходимости активного вовлечения в максимально широкое сотрудничество со всеми, кто заин-

тересован в полноценном развитии научной и практической психиатрии, ее правовых и этических основ; о постоянных терпеливых усилиях на этом пути;

– о несовместимости такого сотрудничества с тоталитарными тенденциями в любой сфере деятельности — не только политической, но и профессиональной, социальной, религиозной, этической;

– о необходимости баланса между правовой и медицинской моделями психиатрической службы;

– о наивности поспешного псевдореволюционного отказа от нозологии и перспективности многоосевой диагностики;

– о высокой важности теории, интегрирующей данные биологических, психологических и социальных наук о психически больном и здоровом человеке, ориентированной проспективно; о наивности слепого следования всевозможным психоаналитическим направлениям.

Его выступления всегда отличали свободная открытая творческая манера, масштабное мышление, постоянно нацеленное на будущее и неистощимое чувство юмора.

С начала 90-х годов Мелвин Сабшин, вопреки всем хитросплетениям нашего византийского двора, установил с НПА неформальные, вполне дружеские отношения, четыре раза благодаря его поддержке делегации НПА принимали деятельное участие в ежегодных съездах АПА, проводя там, впервые в истории отечественной психиатрии, свои симпозиумы. Он щедро снабжал нас профессиональной литературой, был предельно откровенен во всех отношениях, принимал в любой момент, как бы ни был занят. Мы в свою очередь несколько раз принимали его в Москве, а после потери им жены организовали для него рождественские каникулы и встречу Нового года в Москве с плотным расписанием. Мелвин Сабшин был избран почетным членом НПА России, а с уходом его с поста медицинского директора, посвятили ему очередную выпуск журнала (1997, 3). Последний раз нам удалось увидеться в 2010 г. на съезде АПА: он выглядел как всегда, словно время было не властно над ним. А в 2011 г., незадолго до кончины, он успел прислать нам письмо, которое дезавуировало очередную провокацию против нашей Ассоциации.

Мелвин Сабшин прожил 85 лет, полных кипучей творческой деятельности. Он сумел воплотить в жизнь неправдоподобно много. Он обрел признание и любовь всех, кто встречался с ним, даже оппонентов, поэтому нас утешает мысль, что он ушел счастливым.

Ю. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ясперс Карл. Философия. Книга вторая. Просветление экзистенции. — М., 2012
Маяцкий Михаил. Спор о Платоне. Круг Штефана Георге и немецкий университет. — М., 2012
Арендт Ханна. Лекции по политической философии Канта. — СПб., 2012
Ницше Фридрих. Полное собрание сочинений. Т. 5. По ту сторону добра и зла. — М., 2012
Кропоткин П. А. Нравственные начала анархизма. HTTP: //GOOD BOOKS.NOBLOGS.ORG

* * *

Шумахер Эрнст. Малое прекрасно. Экономика, в которой люди имеют значение. — М., 2012
Йоас Ханс, Кнебель Вольфганг. Социальная теория. 20 вводных лекций. — СПб., 2012
Хабермас Юрген. Ах, Европа. — М., 2012

* * *

Иглтон Терри. Идея культуры. — М., 2012
Габричевский А. Г. Биография и культура. — М., 2011
Антология исследований культуры. Символическое поле культуры. — М., 2011
Антология исследований культуры. Отражения культуры. — М., 2011

* * *

Нельсон Д., Кокс М. Основы биохимии Ленинджера в 3 томах. Т. 1 — М., 2011

* * *

Маслоу Абрахам. Новые рубежи человеческой природы. — М., 2011
Кон Игорь. Бить или не бить? — М., 2012
Кандель Эрик. В поисках памяти. — М., 2012
Клемент Патрик. Обучаясь на собственных ошибках. Размышления о технике психоанализа. — М., 2011

* * *

Русские литературные универсалии (ред. А. А. Фаустов). — Воронеж, 2011
Ильин В. Н. Демоническое и святое в литературе. — СПб., 2011
Гюнтер Ханс. По обе стороны утопии. Контексты творчества А. Платонова. — М., 2012
Агамбен Джорджо. Ното sacer. Что остается после Освенцима: архив и свидетель. — М., 2012
Гоголь в Москве (ред. С. О. Шмидт). — М., 2011
Кэнноскэ Накамура. Словарь персонажей Ф. М. Достоевского. — СПб., 2011
Гроссман Леонид. Достоевский и рулетка. — СПб., 2011
Мандельштам Осип. Египетская марка. Пояснения для читателя. — М., 2012
Кубатиев Алан. Джойс. — М., 2011
Свеченовская И. Неразгаданная тайна. Смерть Александра Блока. — М., 2010
Славянская мифология. Энциклопедический словарь. — М., 2011

ABSTRACTS

Deficit Form of Residual Condition in Manifested Progredient Forms of Schizophrenia (Part 1)

*A. G. Mkrtchyan*¹

The study applied clinical psychopathological, clinical cathamnestic and psychometric testing approaches to examine 243 institutionalized chronic patients with manifested progredient forms of schizophrenia in residual phase of the disease.

While differentiating the forms of the outcomes, the study found psychotic form of residual condition in 9.5 %, the form with reduced positive symptoms in 35.8 %, deficit form in 42.0 % and outcome in the form of clinical recovery in 12.8 % of the investigated cases. Among the patients with deficit form of the residual condition 39.2 % of cases had deficit similar to psychopathy and 54.9 % pseudo-organic deficit. Combination of schizoid and pseudo-organic disorders in patients with manifested progredient forms of schizophrenia was observed only in 5.9 % of investigated cases.

Key words: schizophrenia, progredience, residual condition, outcome in schizophrenia, deficit in schizophrenia.

Clinical and Social Risk Factors of Aggressive Criminal Action Against Life and Health of Women with Personal Disorder. Forensic Psychiatric Analysis.

V. V. Rusina, E. V. Povaljuhina (Voronezh)

The aim of the present study was to examine the relationship between crimes against life and health committed by women with personal disorder and life circumstances versus control group of mentally healthy female offenders. The motivations and mechanisms of aggression were investigated. Forensic psychiatric criteria were assessed. Few independent social risk factors were found to predict violence. Risk factors were associated with cluster B personality disorders, growing up in families with violent parental relationships, perpetration of child abuse and maltreatment. Some risk factors were associated with criminal antisocial environment.

Key words: personal disorder, women offenders, crimes against life and health, forensic psychiatric criteria, risk factors.

Reduction of Alcoholic Abstinent Syndrome at the Present Stage

T. A. Kozhina, I. V. Yashkina, A. G. Hofman

Modern data on experimental and clinical study of preparations of various orientation' influence on speed and features of reduction of alcoholic abstinent syndrome are represented. The important place is given to differentiated medical tactics and combined use of new medicines and forms with standard proved techniques of reduction of alcoholic abstinent syndrome at the present stage. Recommended doses and drugs intake mode are specified.

Key words: therapy of alcoholic abstinent syndrome, inclination for alcohol, affective, somatoneurological and sleeping disorders.

Pathological Predisposition to Gambling Part 2

D. A. Avtonomov

Results of investigation of drives, clinical performance, psychopathological phenomena and subjective experience of 103 patients, suffering from pathological predisposition to gambling (F63.0) are presented. Functional value of games and their attractiveness from the point of view of an individual are cleared. Features of clinical performance, behavioral (gambling) patterns are revealed. Phenomenological description of pathological predisposition to gambling is given. Phenomenology of gambling patients' psychiatric experience at different stages of game dependence is described.

Key words: pathological predisposition to gambling, clinical performance, phenomenology of psychiatric experience.

About "minor" psychotherapy in the district psychiatrist's work

M. E. Burno

District psychiatrists are given concrete advice on how to soften today's strain in clinics, connected with 'free medicinal difficulties' — concrete methods of 'minor' psychotherapy, almost dispensing time expenditures and thorough study with acquisition speciality of a psychotherapist.

Key words: schizophrenia, minor psychotherapy, district psychiatry, psychoneurological clinic, psychotherapy training.

¹ Department of Psychiatry at Yerevan State Medical University after M. Heratci.

**Cognizance of Willingness of an Incapable Patient
in the All-Medical Practice**

Yu. N. Argunova

The analysis of legal regulation of rendering of a medical aid to incapacitated patients is given. Cases at which medical intervention is possible only with consent of an incapacitated citizen and cases at which judicial decision is required are reviewed.

Key words: medical intervention, incapacitated, consent, willingness.

**Weather It is Possible to Establish Invalidity
to a Person without Its Consent?**

Yu. N. Argunova

Discrepancy of provision of point 24 of Administrative Rules on providing the state service in charring out of a medical social expertise, allowing to establish invalidity to a capable person without his consent are proved. Results of a poll of experts concerning application of this regulation are cited.

Key words: medical social expertise, disability, capable person, consent.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ольга Власова

**ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ
И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ**

История, мыслители, проблемы.

Издательский дом «Территория будущего» - М., 2010, 640 стр.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Владимир Петрович Зинченко

СОЗНАНИЕ И ТВОРЧЕСКИЙ АКТ

М.: Языки славянских культур, 2010, 592 стр.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Макс Шелер

ПРОБЛЕМЫ СОЦИОЛОГИИ ЗНАНИЯ

М., Институт общегуманитарных исследований, 2011, 320 стр.

Впервые полностью публикуется перевод классической работы основоположника антропологии, социологии знания и новой этики, “феноменолога № 2”.