

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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
П. А. Понизовский
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

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

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

Сдано в набор 10.12.2012. Подписано в печать 21.12.2012. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Заказ № 2012-04-ПА.

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: (495) 482-5590, 482-5544.

СОДЕРЖАНИЕ

ЮБИЛЕИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ	5
20-ЛЕТИЕ ЗАКОНА “О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ”	6
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Диагностика и терапии униполярных депрессий в современных условиях: мифы и реальность — Н. А. Марута (Харьков, Украина)	8
Транс-культуральные особенности депрессивного расстройства — О. С. Чабан (Киев, Украина), Наталья Гаузер (Цюрих, Швейцария)	15
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Циркулярная шизофрения или шубообразная шизофрения? — ведущий проф. М. Е. Бурно, врач-докладчик С. Ю. Савенко	21
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Субъективно-избыточные эмоциональные реакции: феноменология, механизмы, терапия — А. М. Бурно	42
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Представитель пациента — Ю. Н. Аргунова	50
К вопросу о законности правоприменительной практики в части порядка установления диспансерного наблюдения в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами — А. Г. Устинов	57
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права (2012, 3) — В. В. Мотов (Тамбов)	62
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Не ходи на Болотную площадь! Центр им. Сербского уже не боится оживить свою дурную славу?	70
ИЗ ПРАКТИКИ	
14-летний опыт организации психиатрической помощи соматическим пациентам с психотическими и начальными дементными расстройствами в многопрофильной больнице — В. Н. Прокудин	75
ОТКЛИКИ, ПОЛЕМИКА	
Построение углубленной профилактики химических зависимостей и пути улучшения ситуации в России — И. С. Павлов	82
“Синдром Еникеевой”	84
ХРОНИКА	
Конгресс Немецкой ассоциации психиатров и психотерапевтов (DGPPN) в Берлине	85
Методические программы в России. Быть или не быть?	87
Форум психиатров в Казани	88
В Национальной медицинской палате	89
В Совете Федерации России	90
Лекция проф. Хуана Меззича	92
Совещание президентов психиатрических обществ 10-й зоны ВПА	92
Соблюдение прав людей с психическими расстройствами в местах лишения свободы	93
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Генрик Ибсен. Стихотворения	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	96
АННОТАЦИИ	97

CONTENT

JUBILEES OF ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE IN RUSSIA.	5
20 YEARS OF THE LAW “ON PSYCHIATRIC CARE AND GUARANTEES OF CITIZENS’ RIGHTS AT ITS PROVISION”	6
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Contemporary diagnosis and therapy of unipolar depressions: myths and reality — N. A. Maruta (Kharkov, Ukraine)	8
Transcultural features of the depressed disorder — O. S. Chaban (Kiev, Ukraine), N. Hauser (Zurich, Switzerland)	15
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Circular schizophrenia or paroxysmal progressive schizophrenia? — M. E. Burno, S. Yu. Savenko	21
PSYCHOTHERAPY	
Subjective excessive emotional reactions: phenomenology, mechanisms, therapy — A. M. Burno	42
PSYCHIATRY AND LAW	
Representative of the patient — Yu. N. Argunova	50
To a question of legality of law-enforcement practice regarding an order of establishment of dispensary supervision concerning the persons having mental disorders — A. G. Ustinov	57
FORENSIC PSYCHIATRY	
Review of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2012, 3 — V. V. Motov (Tambov)	62
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Don’t walk to the Bolotnaya Ploshchad! The Serbsky Center is not afraid to spice up his notoriety.	70
FROM THE PRACTICE	
14-year experience in psychiatric care to somatic patients with psychotic and initial dementia disorders in a multidisciplinary hospital — V. N. Prokudin	75
COMMENTS AND DISCUSSION	
Building depth prevention of chemical dependency and ways to improve the situation in Russia — I. S. Pavlov	82
“Enikeeva Syndrome” — Yu. S. Savenko.	84
CHRONICLE	
Congress of the German Association of Psychiatrists and Psychotherapists in Berlin	85
Methadone program in Russia. To be or not to be?	87
Forum of psychiatrists in Kazan.	88
In the National Medical Chamber.	89
In the Federation Council of Russia.	90
Prof. Juan Mezzich’s lecture.	92
Meeting of Presidents of psychiatric societies of the 10th zone of the WPA	92
The rights of people with mental disorders in places of deprivation of liberty.	93
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Henrik Ibsen. Verse.	95
RECOMMENDATIONS	96
ABSTRACTS	97

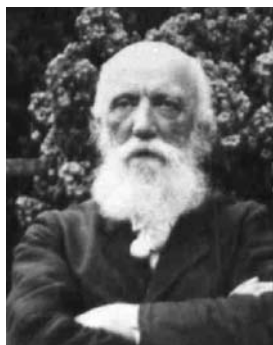
ЮБИЛЕИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ



В. Ф. Саблер



А. У. Фрезе



П. И. Якобий



Н. Н. Баженов

180 лет

российской Пинелевской реформе (снятие цепей и устранение полицейского чина в качестве руководителя) в Преображенской психиатрической больнице в Москве, осуществленной в 1832 г. В. Ф. Саблером (1828 – 1871) и И. Ф. Рюлем (1759 – 1846) в больнице “Всех скорбящих” в Санкт-Петербурге.

150 лет выходу работы “Об устройстве домов умалишенных” (1862) А. У. Фрезе (1827 – 1884), преобразователя Казанской окружной психиатрической больницы, который в своих знаменитых докладных записках 130 лет назад в момент, когда департамент полиции начал направлять в Казанскую больницу политических арестантов (1881 – 1882), настаивал на свободе действий главного врача в отношении распределения больных.

140 лет организации больницы Николая Чудотворца в Санкт-Петербурге, достойно отмеченной кафедрой психиатрии СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

120 лет “Проекту организации попечения душевнобольных Московской губернии” (1891) П. И. Якобия (1842 – 1913), обосновавшего организационные принципы, которые до сих пор звучат актуально и новаторски.

100-летие

“Проекта законодательства о душевнобольных” 1911 г. Н. Н. Баженова (1857 – 1917), где говорилось: “В вопросе о попечении о душевнобольных должны быть выдвинуты на первый план и законодательно определены: а) принцип распространения государственной заботы на всех душевнобольных страны и указание тех мероприятий, посредством коих должна осуществляться эта задача, и тех органов центральной власти и самоуправлений, и на кого эти обязанности возлагаются; в) условия, при которых допустимо лечение на дому, в собственной семье; с) при помещении больного в специальное учреждение должны быть достаточные гарантии тому, что при этом принципы неприкосновенности личности и индивидуальной свободы будут действительно нарушены только тогда, когда это императивно диктуется постигшей данное лицо психической болезнью”.

20-ЛЕТИЕ ЗАКОНА “О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ”

История введения положения психически больных в России в правовое русло характерна для всей отечественной истории. Первый самостоятельный законопроект, подготовленный Н. Н. Баженовым и изданный отдельной книгой в 1911 г. (в частности, на основе “подготовительных материалов” “Административной психиатрии” П. И. Якобия 1900 г.), был отвергнут съездом психиатров, хотя Н. Н. Баженов был избран первым председателем Союза русских психиатров и невропатологов, и хотя аналогичные законы принимались в этот период во многих европейских странах. Потребовалось еще 80 лет и две смены общественного устройства страны, царского и советского имперских режимов и международное давление, чтобы свести воедино и переработать разрозненные прежде нормы, сформулировать новые и включить так называемый минимальный международный правовой минимум. Принятие закона было одним из пяти условий членства Всесоюзного общества психиатров и невропатологов в ВПА.

Главным и выдающимся новшеством закона стало опосредование всех недобровольных мер — освидетельствования, стационарирования и лечения — через судебные процедуры в четко оговоренные сроки, а также доктрина информированного согласия, строгое соблюдение медицинской тайны и государственные гарантии оказания полноценной психиатрической помощи.

Разработка и принятие закона с самого начала складывались драматически. Уже готовые варианты законопроекта, разработанные в Институте государство и права и в НПА, не были приняты во внимание. Но треть комиссии по разработке законопроекта составили члены НПА, как организации, уже принятой во Всемирную психиатрическую ассоциацию, и прежде всего, А. И. Рудяков — основная фигура тогдашней практической юриспруденции в области психиатрии, автор единственного до 1988 года руководства по этой тематике (“для служебного пользования”), когда под международным давлением было принято Положение “Об условиях и порядке оказания психиатрической помощи в СССР”. Председателем комиссии был незаурядный специалист — Андрей Себенцов, который пресек попытки доминирования не обладавших практическим опытом членов комиссии. Труд этой комиссии, одобренный специальным заседанием Верховного Совета СССР и международными экспертами, опубликованный в “Медицинской газете”

17.07.1991, оказался не востребовавшимся. С падением в августе 1991 года советской власти и рекомендацией комиссии ВПА 15.09.1991 по итогам инспекции аннулировать членство Всесоюзного общества психиатров и невропатологов, была сформирована новая комиссия под председательством экс-главного врача Екатеринбургской областной психиатрической больницы Л. И. Когана. В ней представители НПА составили четверть членов в силу расширения состава комиссии, ряд членов которой только числился, не принимая участия в обсуждении. Единственным членом комиссии юристом осталась С. В. Полубинская, заявившая, как это ни парадоксально, категорический протест против включения других юристов. В результате, к ее мнению, как специалиста по зарубежному законодательству, особенно прислушивался и председатель комиссии. Наиболее бурные споры шли между В. А. Тихоненко и В. П. Котовым, а также Ю. Л. Метелицей. Комиссия работала по 4–5 часов два раза в неделю, т.к. ее торопили, истекали очередные сроки. Большим разочарованием было увидеть, что в ходе так называемой юридической экспертизы (с последнего заседания комиссии 02.06.1992 до принятия закона 02.07.1992) в нарушение законодательства было внесено несколько ретроградных изменений. Например, министерствам и ведомствам разрешалось принимать “правовые акты” вместо “нормативные акты”. Само содержание изменения указывало на его источник. Член комиссии, председатель Этической комиссии НПА С. С. Гурвиц даже поместил в нашем журнале гневную статью “Не могу быть соучастником”. Он сетовал, что остались без внимания проблемы наркологии, проблема обязательных квот рабочих мест на промышленных предприятиях, права недееспособных, изъяты формулировки презумпции психического здоровья (“наличие психического здоровья не требует доказательств”), что сохраняло практику требования “справки о не состоянии на учете” и т.д. Не были учтены наши постоянные указания на необходимость введения различных гарантий исполнения этого закона.

Тем не менее, принятие закона (опубликован 18.08.1992, вступил в силу 01.01.1993) стало выдающимся демократическим завоеванием, и мы издали его со своим аналитическим предисловием 60-тысячным тиражом. В течение нескольких последующих лет закон трудно входил в жизнь. Он, конечно, затруднил привычную работу психиатров, ограничив

их былой произвол. Его прятали от больных в противоречии с требованием широко о нем информировать, а если вывешивали, то писали мелко и размещали высоко. Мы напечатали доступное для любого больного изложение закона. Но решающую роль сыграло включение вопросов по закону в собеседование при трудоустройстве в лечебной категории. Вскоре с законом освоились и суды.

С изменением внутривластной обстановки на рубеже столетий были предприняты три попытки сузить демократические завоевания закона, которые удалось отклонить с помощью широкой общественности. Однако, 22.08.2004 был принят Федеральный закон (№ 122-ФЗ) о монетизации льгот, который изъяснял из всех законодательных актов, включая и наш закон, государственные гарантии современного уровня оказания психиатрической помощи.

Уже с тех пор мы отметили в лексике мелких сотрудников высоких правительственных приемных презрительное отношение к закону о психиатрической помощи как устаревшему, явно с голоса своих начальников, еще сохраняющих приличия. Но в ноябре 2012 г. на нас обрушился шквал журналистских запросов — правда ли, что закон исчерпал себя, перестал работать, устарел и “пора вернуться к прежнему закону советских времен?”!. Выяснилось, что это следствие очередного телевыступления М. В. Виноградова, официального консультанта на ТВ по всем

психиатрическим вопросам, ведущего парапсихологической телепрограммы, Штирлица по облику и роду деятельности. Это очередное его провокационное заявление — “медицина должна быть полицейской” — подготовка к очередной попытке урезать закон, опираясь на пример другого Виноградова — “русского Брейвика”, погубившего недавно пятерых людей.

Однако, с помощью обращения в Европейский суд по правам человека и последующего постановления Конституционного Суда РФ нам удалось расширить в законе права недееспособных (№ 67-ФЗ от 06.04.2011).

С удовлетворением отмечая 20-летие закона, мы одновременно отмечаем 20-летие неисполнения его 38-й статьи, которая является гарантией исполнения всего закона для стационарных больных.

Нынешнее время фактического де-факто уничтожения разделения властей, имитации общественных организаций, сочетания имперских приоритетов с коррупцией, — не лучшая пора для перемен в законе. Важнее рассмотреть формулировки закона в неразрывной связи с правоприменительной практикой, в соответствии с нашим изначальным предложением переместить акценты в самом названии закона: “О гарантиях прав граждан при оказании психиатрической помощи”.

Ю. С. Савенко

XVI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ
ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ —
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ

14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания

www.wpamadrid2014.com

Диагностика и терапия униполярных депрессий в современных условиях: мифы и реальность¹

Н. А. Марута² (Харьков, Украина)

Данная статья представляет собой клиническую лекцию, которая содержит ответы на наиболее проблемные вопросы, возникающие при проведении антидепрессивной терапии.

Эти вопросы касаются этиологии униполярного депрессивного расстройства, диагностики, целей терапии, выбора и эффективности антидепрессантов, побочных эффектов, которые возникают при их применении. Кроме того, в статье представлены алгоритмы оценки терапевтического ответа, стратегии преодоления резистентности, а также проведения стабилизирующей и профилактической терапии, особенности использования психотерапии у больных с униполярной депрессией и многие другие аспекты.

Изложение базируется на результатах рандомизированных клинических исследований, которые характеризуются высоким уровнем доказательности.

Ключевые слова: диагностика, терапия, униполярные депрессии, эффективность, психотерапия, резистентность.

Проблемы психического здоровья являются общими для населения всего земного шара. По данным ВОЗ 164 млн. человек в Европе страдают психическими расстройствами (40 % населения). При этом именно психические расстройства обуславливают 19 % от общего числа лет жизни прожитых с инвалидностью, в то время как сердечно-сосудистая патология обуславливает 21 % [1, 13, 20].

Особое место среди всех психических расстройств занимают депрессии, которые характеризуются высоким уровнем заболеваемости и распространенности, а также выраженными медико-социальными последствиями в виде временной и стойкой нетрудоспособности, существенного нарушения социального функционирования, качества жизни пациентов и их родственников [2, 19, 24].

Экономическое бремя, которое накладывают депрессии на государство и общество, а также включает и драматические последствия этой патологии в виде различных форм суицидального поведения, которые выявляются у 2/3 пациентов с депрессией [11, 17, 20].

Своевременная диагностика и терапия униполярных депрессий позволяет эффективно оказывать помощь данному контингенту пациентов. Вместе с тем, существующие стереотипы, недостаточность знаний, несвоевременный анализ данных доказательной ме-

дицины являются основой для диагностических и терапевтических неточностей и ошибок, которые влияют на успешность оказания помощи пациентам с униполярным депрессивным расстройством (УДР).

Поэтому в данной лекции мы постарались представить наиболее частые ошибки, встречающиеся в практической деятельности врачей-психиатров. Эти ошибки мы представляем в виде мифов (вымышленных фактов), а опровергать их будем с помощью результатов рандомизированных клинических исследований (РКИ), которые характеризуются высоким уровнем доказательности.

Первая проблема, с которой сталкивается врач-психиатр при диагностике УДР — выявление этиологических факторов его формирования, что и порождает первый миф.

Миф первый — в этиопатогенезе депрессивных расстройств основную роль играют психологические и социальные факторы.

Данное утверждение было бы абсолютно справедливым, если бы включало и категорию биологических детерминант, к которым относятся генетически и конституционально обусловленные индивидуальные характеристики биохимических, иммунных и вегетативных процессов [3, 4]. Среди этих характеристик ведущее этиогенетическое значение принадлежит дефициту нейротрансмиттеров [24].

В исследованиях последнего десятилетия показано, что нарушение циркадных ритмов организма является патогенетической основой депрессии. При этом, препараты действующих в качестве агонистов мелатониновых рецепторов и антагонистов 5-HT₂ с

¹ Выступление на IV Национальном конгрессе психиатров и невропатологов Украины, 3 – 5 октября 2012 г.

² Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности “Психиатрия”, ГУ “Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины”, г. Харьков.

рецепторов (чувствительность которых повышается при тревоге и депрессии) способствует синхронизации циркадных ритмов и обладают выраженными антидепрессивными свойствами [7, 8, 9, 12].

Следовательно, этиопатогенетической основой формирования УДР является комплекс биологических, психологических и социальных факторов.

Второй миф обусловлен сложностями дифференциальной диагностики УДР.

Миф второй — главной целью дифференциальной диагностики УДР является разграничение с биполярной депрессией.

Это утверждение не противоречит реальности, но является незавершенным. В этой связи необходимо отметить, что дифференциальная диагностика УДР не исчерпывается лишь биполярной депрессией. Это процесс должен включать сопоставление со следующими категориями:

- Депрессиями, которые обусловлены зависимостью от алкоголя или психоактивных веществ.
- Депрессиями при деменции или другом органическом поражении головного мозга.
- Депрессиями при другом психическом заболевании (шизоаффективное расстройство).
- Депрессиями, которые обусловлены приемом лекарственных средств (β -блокаторы, гормональные контрацептивы, кортикостероиды).
- Физиологической печалью [25].

Иными словами, дифференциальная диагностика УДР требует сопоставления его клинических характеристик в широком диапазоне от физиологической печали до обусловленных зависимостью от алкоголя (психоактивных веществ) депрессивных состояний.

Следующий сложный этап ведения пациента с УДР — определение цели терапевтических воздействий, что и породило третий миф.

Миф третий — главной целью терапии униполярной депрессии является достижение ремиссии.

С данным мифом можно было бы согласиться, если бы речь шла только о фазе активной терапии, целью которой и является достижение ремиссии (длительность этой фазы составляет 8 – 16 недель).

В фазе стабилизирующей терапии должны достигаться цели устранения резидуальных симптомов, восстановления социального функционирования и качества жизни (длительность этой фазы составляет не менее 4-х месяцев для депрессивного эпизода и не менее 6 месяцев для рекуррентного депрессивного расстройства).

Фаза профилактической терапии направлена на профилактику рецидивов заболевания в будущем (ее длительность для пациентов с депрессивным эпизодом — от 2-х месяцев, для пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством — 2 года и более) [15, 20, 25].

Следовательно, цель терапевтических воздействий при УДР является триединой и включает: достижение ремиссии, восстановление социального функционирования и качества жизни, профилактику рецидивов заболевания в будущем.

Следующая проблема, с которой встречается в практической работе врач-психиатр, связана с выбором антидепрессанта.

Миф четвертый — выбор антидепрессанта определяется желанием пациента и опыта врача.

В современных руководствах по терапии униполярных депрессий отмечено, что важными факторами, влияющими на выбор антидепрессанта, является группа клинических факторов, к которым относятся:

- Тяжесть депрессивного расстройства.
- Профиль клинических проявлений депрессии с оценкой наличия тревоги, бессонницы, агитации и заторможенности; риска суицидального поведения.
- Сопутствующая патология.
- Переносимость и ответ на антидепрессивную терапию в прошлом.
- Интеракционные взаимодействия антидепрессантов и препаратов, которые применяются для лечения сопутствующей патологии [18, 23, 25].

Подчеркивая важность клинических факторов, определяющих выбор антидепрессантов, следует отметить облигатность факторов, связанных с желанием пациента, которые являются неотъемлемым условием выбора препарата и проведения антидепрессивной терапии.

Оценка эффективности антидепрессантов породила следующий миф.

Миф пятый — антидепрессанты существенно различаются по эффективности.

Распространенность этого мифа чрезвычайно широка среди профессионалов, принимающих участие в оказании медицинской помощи пациентам с УДР. Вместе с тем, современные руководства по терапии униполярных депрессий представляют убедительные доказательства в пользу отсутствия преимуществ в отношении эффективности какого-либо антидепрессанта.

При этом подчеркивается, что большинство РКИ подтверждают достоверно более высокую эффективность антидепрессантов по сравнению с плацебо [3, 17].

Различия выявлены также в отношении различных типов депрессивного расстройства таких, как меланхолический, психотический, тревожный, апатичный [13, 18].

Следовательно, в настоящее время не существует четких доказательств в отношении наибольшей эффективности какого-либо антидепрессанта.

Следующий миф связан с побочными эффектами, которые возникают при приеме антидепрессантов.

Таблица 1

	ЦНС				Анти-холинергические			Сердечно-сосудистые				Желудочно-кишечные				Организм в целом			
	Сонливость, седация, сомноленция	Бессонница	Головная боль	Тремор	Сухость во рту	Расплывчатое зрение	Потливость	Задержка мочи	Головокружение/ ортостатическая гипотензия	Гипертензия	Тахикардия/сердцебиение	Боли в ЖКТ, дистресс	Тошнота	Рвота	Диарея	Констипация	Беспокойство/тревога	Слабость/астения	Дерматиты/сыпь
Циталопрам	Б			А	Б		Б				А	Б	А	А		А	А		
Эсциталопрам	А	А			А		А		А		А	Б		А	А	А	А		
Флуоксетин	Б	Б		Б	Б		А				А	Б				Б		А	
Флувоксамин	В	Б	В	Б	Б	*	Б	А	Б	*	*	А	Б	*	А	Б	В	А	*
Пароксетин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	*	*	А	Б	А	Б	А	*	А	
Сертралин	Б	Б	В	Б	Б	А	А	А	Б	*	А	А	В	А	Б	А	Б	А	
Агомелатин	А	А	А	*	*	*	А	*	А	*	*	А	А	*	А	А	А	*	
Бупропион	*	Б	*	А	Б	А	А	*	А	А	А	А	Б	А	*	Б	А	*	
Дезвенлафаксин	А	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	А	*	Б	А	Б	А	А	А	
Дулоксетин	А	Б	А	А	Б	А	А	А	А	А	А	А	В	А	А	Б	А	*	
Миансерин**																			
Милнаципран**																			
Миртазапин	Г	*	*	А	Б	*	*	*	А	*	*	*	*	*	*	Б	*	А	*
Моклобемид	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	А	
Ребоксетин**																			
Кветиапин**																			
Селегилин трансдермальный	А	Б	Б	*	А	А	*	*	Б	А	А	А	*	*	А	*	А	А	В
Тианептин**																			
Тразодон	В	А	А	А	Б	А	*	А	Б	*	А	Б	*	*	*	А	*	Б	А
Венлафаксин	Б	Б	Б	А	Б	А	Б	А	Б	А	А	А	В	А	А	Б	В	*	А

Примечания: Некоторые уровни частоты побочных эффектов могут равняться или быть меньше тех, которые сообщались для плацебо. Не включены формы с контролируемым высвобождением; у таких форм частота побочных явлений может быть ниже. А — 9 % или ниже, Б — 10 – 29 %, В — 30 – 49 %, Г — 50 % или выше. * — в описании препаратов сообщается об уровне ниже порогового (обычно 5 % или ниже). ** — ко времени публикации не было доступных инструкций по применению препаратов, обновленные сведения доступны на сайте www.canmat.org.

Миф шестой — прием антидепрессантов сопровождается развитием побочных эффектов, частота которых одинакова для всех препаратов.

Убедительные данные, опровергающие данный миф, содержатся в руководстве CANMAT, 2009 (табл. 1).

Как свидетельствуют представленные данные, прием антидепрессантов сопровождается развитием побочных эффектов со стороны центральной нервной системы (сонливость, седация, бессонница, головная боль, тремор), медиаторных систем (сухость во рту, потливость, “расплывчатое” зрение), сердечно-сосудистой системы (гипертензия, тахикардия, ортостатическая гипотензия), желудочно-кишечного тракта (боли в животе, тошнота, рвота, диарея) и других [14, 15, 16].

Следует отметить, что представленные в таблице антидепрессанты характеризуются различным спектром побочных эффектов, частота которых колеблется в диапазоне 5 % и ниже — 50 % и выше.

Наименьшая частота побочных эффектов отмечена при применении агомелатина. Среди возможных побочных эффектов, частота развития которых превышает 30 %, выделяют седацию, головную боль, тошноту, беспокойство.

Следовательно, основное различие клинического действия антидепрессантов состоит в различной частоте наблюдаемых побочных эффектов, которые определяют безопасность и переносимость антидепрессивной терапии, а также обуславливают необходимость выделения в клинических рекомендациях антидепрессантов первой и второй линии [21].

Миф седьмой — ведение пациентов, получающих антидепрессанты первой и второй линии, не имеют существенных различий.

К антидепрессантам второй линии в большинстве клинических рекомендаций относят трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы моноаминооксидазы (МАО), обуславливающие высокую частоту побочных эффектов. Поэтому в клинических рекомендациях и протоколах особое внимание уделяется необходимости тщательного клинического наблюдения, контроля приема медикаментов (для предупреждения передозировки), мониторинга ЭКГ и уровня препарата в плазме крови. Только такая тактика обеспечивает безопасное применение препаратов второй линии [13, 15].

Таким образом, назначение антидепрессантов второй линии обуславливает необходимость тщательного мониторинга в процессе ведения пациента.

Важным этапом антидепрессивного лечения является оценка терапевтического ответа на назначенную терапию. Различные подходы к трактовке терапевтического ответа порождают следующий миф.

Миф восьмой — терапевтический ответ на инициальную терапию включают 20 % редукцию симптоматики. Оценка терапевтического ответа на терапию является важным этапом терапевтического процесса. Доказательная база свидетельствует о том, что терапевтический ответ на назначенную в адекватных дозах антидепрессивную терапию регистрируется у 52 – 77 % пациентов.

Клинические руководства рекомендуют оценку терапевтического ответа на антидепрессивную терапию осуществлять в соответствии со следующими критериями:

- Отсутствие ответа: редукция симптоматики ≤ 25 %;
- Частичный ответ: 26 – 49 %;
- Ответ ≥ 50 %;
- Ответ с резудальными симптомами ≥ 75 %;
- Ремиссия: отсутствие симптомов [2, 7, 25].

Следовательно, терапевтический ответ на терапию антидепрессантами включает широкий диапазон редукции симптоматики, которая превышает 25 % исходного уровня.

Следующее неверное утверждение касается действий врача при отсутствии ответа на терапию.

Миф девятый — при отсутствии ответа на терапию врач должен сразу же поменять антидепрессант.

Современные клинические руководства по ведению пациентов с УДР рекомендуют следующий алгоритм действий при отсутствии ответа на терапию:

- Повторный пересмотр диагноза с проведением соответствующей дифференциальной диагностики;
- Оценка комплаентности, приверженности терапии;

- Определение уровня антидепрессанта в плазме крови;

- Оценка сопутствующей терапии непсихиатрическими препаратами или “открытых” состояний зависимости;

- Выявление психосоциальных стрессовых факторов.

Только лишь после уточнения диагноза, подтверждения приверженности терапии и исключения дополнительных факторов, способствующих утяжелению депрессии, следует переходить к реализации стратегий по преодолению резистентности [2, 20, 25].

Следующий миф связан с категорией резистентности и её преодолением.

Миф десятый — резистентность к антидепрессивной терапии встречается в 10 % случаев, легко поддается коррекции путем наращивания дозы антидепрессанта.

В случае установления истинной устойчивости к терапии антидепрессантами необходимы меры по её преодолению, наиболее эффективными из которых являются:

- Продолжение терапии с повышением дозы назначенного антидепрессанта
- Переключение на иной препарат данной группы, или другой группы антидепрессантов
- Добавление к принимаемому антидепрессанту препарата другой группы антидепрессантов или другого класса препарата (нейролептика)
- Присоединение психотерапии
- Добавление или переключение на немедикаментозные методы терапии (в частности электросудорожную терапию (ЭСТ)) [4, 17].

В процессе реализации стратегий, направленных на преодоление резистентности необходимо учитывать, что устойчивость к терапии антидепрессантами является неоднородной категорией и имеет следующие градации:

- Недостаточный ответ на терапию (отсутствие ответа на один препарат 6 – 8 недель);
- Устойчивая к лечению депрессия (отсутствие ответа на 2 последовательно назначенных антидепрессанта различных классов);
- Рефрактерная к лечению депрессия (отсутствие ответа минимум на 3 попытки, включая ЭСТ);
- Хроническая устойчивая депрессия (лечение несколькими анти-депрессантами более 12 месяцев) [12].

Следовательно, в арсенале врача-психиатра, оказывающего помощь пациенту с резистентной депрессией, имеются различные стратегии её преодоления, которые реализуются с учетом категории устойчивости.

В случае, когда реакция на назначенный препарат позволяет квалифицировать её в качестве терапевтического ответа и купирование острой симптоматики привело к её регрессу, очень важными вопросами в

клиническом отношении является длительность этапа стабилизирующей терапии и дозирование антидепрессантов в этот период. В этом отношении нуждаются в опровержении следующие утверждения.

Миф одиннадцатый — длительность стабилизирующей терапии одинакова у всех пациентов и предполагает снижение терапевтической дозы антидепрессанта, на котором достигнуто улучшение состояния.

Результаты РКИ свидетельствуют о том, что наличие определенных клинических факторов обуславливают необходимость увеличения (свыше 2-х лет) длительности стабилизирующей терапии [15]. К таким факторам относятся:

- Пожилой возраст;
- Рецидивирующие эпизоды депрессии (3 и более);
- Хронические эпизоды депрессии;
- Тяжелые эпизоды депрессии;
- Эпизоды депрессии трудно поддающиеся лечению;
- Значимые сопутствующие заболевания (психиатрические или соматические);
- Резидуальные симптомы (недостаточная ремиссия) во время текущего эпизода;
- Рецидивы в анамнезе во время прекращения приема антидепрессантов.

В отношении дозы отмечено, что клиническая практика снижения дозы антидепрессанта для стабилизирующей терапии не имеет доказательной основы и может увеличить риск ухудшения состояния [18].

В целом, клинических руководства высказываются рекомендации о том, что дозы поддерживающей терапии должны быть такими же, как те, с помощью которых было достигнуто улучшение в активной фазе лечения [2, 15, 25].

Арсенал терапевтических воздействий при лечении больных депрессивными расстройствами несомненно включает психотерапию, которая с одной стороны может применяться самостоятельно, а с другой — в комбинации с антидепрессантами.

Миф двенадцатый, касающийся применения психотерапии у пациентов с депрессивными расстройствами, гласит о том, что все формы психотерапии эффективны при лечении депрессии.

Достижение истины в данном аспекте требует предоставления читателю информации о том, что в опубликованных мета-анализах имеются данные об эффективности когнитивно-бихевиоральной (КБТ), интерперсональной (ИПП), проблемно-разрешающей (ПРП) и семейной психотерапии у пациентов с УДР. Следует также отметить малочисленность таких исследований, разнородность контингента обследованных и дизайна самих РКИ, что существенно усложняет синтез полученных результатов. Вместе с тем, получены убедительные доказательства в пользу пре-

имущества комбинации антидепрессантов и КБТ у пациентов с хронической тяжелой депрессией [17, 22, 25].

В целом, следует подчеркнуть необходимость применения психотерапии у пациентов с УДР как самостоятельно (при беременности, отсутствии согласия пациента на лечение антидепрессантами), так и в комбинации с антидепрессантами.

Следующим проблемным вопросом антидепрессивного лечения являются коморбидные состояния, когда пациенты параллельно с антидепрессантами принимают другие лекарственные средства.

Миф тринадцатый, обусловленный этой ситуацией, содержит утверждение о том, что терапия депрессий при соматических заболеваниях и зависимости от психоактивных веществ не требует “особого” ведения пациента.

Основной тактикой врача-психиатра в данной ситуации является предотвращение или своевременное выявление интеракционных (фармакоклинических) взаимодействий между антидепрессантами и другими препаратами (в том числе и антидепрессантами), выступающих в качестве субстратов и/или ингибиторов цитохрома Р-450. Поэтому клинические руководства содержат следующие положения:

- лечение основного заболевания или его обострений должно предшествовать антидепрессивной терапии;
- при комбинации препаратов необходимо оценить потенциальное взаимодействие между ними;
- у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ антидепрессивное лечение должно сопровождаться постоянным мониторингом фармакокинетического взаимодействия при параллельном использовании антикверинговых препаратов [5, 6].

Иными словами, предотвращение негативных последствий фармакокинетического взаимодействия препаратов, является важной задачей антидепрессивного лечения.

Поиск эффективного купирования депрессий при беременности порождает **миф четырнадцатый**, который постулирует невозможность использования антидепрессантов при беременности из-за тератогенного эффекта.

Опровержение данного мифа включает результаты РКИ, которые показывают, что антидепрессанты (ТЦА, СИОЗС) не влекут за собой повышенного риска дизгенеза [25]. Вместе с тем, прием антидепрессантов у беременных сопровождается симптомами отмены и высоким риском развития пороков сердца у плода. Существуют РКИ, отражающие результаты применения СИОЗС (пароксетин, сертралин, флюоксетин) при грудном вскармливании, однако уровень доказательности этих результатов невысокий [15].

В целом, можно заключить, что высоким уровнем доказательности при лечении УДР у беременных и

кормящих женщин обосновано лишь применение психотерапии.

Распространенность суицидального поведения у лиц с депрессивными расстройствами порождает следующую **миф пятнадцатый**, который содержит ошибочное утверждение о том, антидепрессанты повышают риск суицида при депрессии. Такое утверждение долго распространялось средствами массовой информации и касалось преимущественно группы СИОЗС.

По результатам РКИ получены убедительные данные, отражающие отсутствие четкой взаимосвязи между приемом СИОЗС и суицидами [2, 17]. Поэтому современные клинические руководства содержат следующие рекомендации:

- Пациенты с УДР, сопровождающимся суицидальным поведением нуждаются в назначении антидепрессивной терапии;
- Помимо антидепрессантов, другие препараты, включая литий и антипсихотики, могут существенно снизить уровень суицидов у пациентов с депрессивными расстройствами.

Следовательно, данные РКИ подтверждают необходимость назначения эффективных доз антидепрессантов пациентам с суицидальным поведением в рамках УДР.

Дискуссионные вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с УДР порождаются с одной стороны необходимостью обеспечения доступной и дестигматизированной помощи врачами общей практики, а с другой стороны — необходимостью наличия опыта, знаний, владения инновационными технологиями в области диагностики и терапии депрессивных расстройств, присущих врачам-психиатрам.

Такая дилемма способствует распространению **мифа шестнадцатого** о том, что диагностика депрессивных расстройств осуществляется врачами общей практики. В проведенных исследованиях показано, что лишь у 55 % пациентов депрессивные расстройства выявлены врачами общей практики (при этом 72 % врачей общей практики считали свою компетенцию в области диагностики депрессий достаточной) [1].

Поэтому все клинические руководства подтверждают необходимость консультации психиатра на ранних этапах депрессивного расстройства [2, 25]. Также в руководствах отмечается необходимость предоставления таким пациентами различных форм психиатрической помощи (как стационарных, так и амбулаторных). Следует подчеркнуть, что в нашей стране роль психиатра в диагностике депрессивных расстройств четко регламентируется законодательно. В Законе Украины “О психиатрической помощи” (ст. 27) отмечено “диагностика психических расстройств осуществляется врачом-психиатром”. При этом врач общей практики не остается вне поля деятельности в отношении пациентов с УДР, а выполняет следующие важные лечебно-диагностические функции:

- Проводит предварительную диагностику;
- Использует скрининговые инструменты;
- Направляет пациента на консультацию к врачу-психиатру;
- Осуществляет ведение пациента в соответствии с рекомендациями врача-психиатра.

Такая модель взаимодействия врача общей практики с врачом-психиатром обеспечивает сочетание доступности и высокого уровня квалификации оказания помощи пациентам с УДР, что позволяет своевременно предотвратить негативные медико-социальные последствия данной патологии и восстановить качества жизни пациентов.

В заключение необходимо отметить, что данная клиническая лекция представляет опубликованные доказательные данные и обобщенный собственный опыт, которые помогают ответить на вопросы, способствующие процессу совершенствования помощи пациентам, страдающим УДР.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC et al.* Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J. Psychopharmacol.* **22**(4), 343 – 396 (2008).
2. Antidepressant medications and other treatment of depressive disorders: a CINP Task Force report based on review of evidence / N. Sartorius, TC. Baghai, B. Barrent, et al. 214 (2007).
3. *Batterham PJ, Christensen H, Mackinnon AJ.* Modifiable risk factors predicting major depressive disorder at four year follow-up: a decision tree approach. *BMC Psychiatry* **9**, 75 (2009).
4. *Davidson JR.* Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J. Clin. Psychiatry* **71** (Suppl. E1), e04 (2010).
5. *Evans DL, Charney DS, Lewis L et al.* Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol. Psychiatry* **58**, 175 – 189 (2005).
6. *Frasure-Smith N, Lesperance F.* Depression and cardiac risk: present status and future directions. *Heart* **96**(3), 173 – 176 (2010).
7. *Goodwin GM, Emsley R, Rembry S et al.* Agomelatine Study Group. Agomelatine prevents relapse in patients with major depressive disorder without evidence of a discontinuation syndrome: a 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *J. Clin. Psychiatry* **70**, 1128 – 1137 (2009).
8. *Gorwood P.* Neurobiological mechanisms of anhedonia. *Dialogues Clin. Neurosci.* **10**(3), 291 – 299 (2008).
9. *Hale A, Corral RM, Mencacci C, Ruiz JS, Severo CA, Gentil V.* Superior antidepressant efficacy results of agomelatine versus fluoxetine in severe MDD patients: a randomised, double-blind study. *Int. Clin. Psychopharmacol.* **25**(6), 305 – 314 (2010).
10. *Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF.* Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* **62**(10), 1097 – 1106 (2005).
11. *Kasper S, Montgomery SA, Moller HJ, van Oers HJJ, Schutte AJ, Vrijland P, et al.* Longitudinal analysis of the suicidal behavior risk in placebo-controlled studies of mirtazapine in major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry* **11**:36 – 44 (2010).
12. *Kasper S, Hajak G, Wulff K et al.* Efficacy of the novel antidepressant agomelatine on the circadian rest-activity cycle and depressive and anxiety symptoms in patients with major depressive disorder: a randomised, double-blind comparison with sertraline. *J. Clin. Psychiatry* **71**(2), 109 – 120 (2010).

13. *Kennedy SH, Parikh SV, Grigoriadis S.* Psychiatric Disorders: Depression. Therapeutic Choices (5th Edition Update). Canadian Pharmacist Association, Canada (2009).
14. *Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al.* Initial severity and V antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* **5**(2), e45 (2008).
15. *Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J. Affect. Disord.* **117**(Suppl. 1), S26 – S43 (2009).
16. *McIntyre RS, Park KY, Law CW et al.* The association between conventional antidepressants and the metabolic syndrome: a review of the evidence and clinical implications. *CNS Drugs* **24**(9), 741 – 753 (2010).
17. *Möller H. J., Bitter I., Bobes J., Fountoulakis K., Höschl C., Kasper S.* Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression // *European Psychiatry* **27**(2), 114 – 128 (2012).
18. *Möller HJ.* Is the identification of the core symptoms of depression clinically relevant? *Medicographia* **30**(1), 3 – 8 (2008).
19. *Möller HJ.* Outcomes in major depressive disorder: the evolving concept of remission and its implications for treatment *World J Biol Psychiatry* **9**, 102 – 114 (2008).
20. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in adults. In: Clinical Practice Guideline No 90. National Institute for Clinical Excellence, London, UK, 580 (2010).
21. *Papakostas Gl.* Tolerability of modern antidepressants. *J. Clin. Psychiatry* **69** (Suppl. 1), 8 – 13 (2008).
22. *Parikh SV, Segal Z V, Grigoriadis S et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J. Affect. Disord.* **117** (Suppl. 1), S15 – S25 (2009).
23. *Patten SB, Kennedy SH, Lam RW et al.;* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J. Affect. Disord.* **117** (Suppl. 1), S5 – 14 (2009).
24. *Ruhe HG, Mason NS, Schene AH.* Mood is directly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Mol. Psychiatry* **12**(4), 331 – 359 (2007).
25. WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders / M. Bauer, PC. Whybrow, J. Angst, M. Versiani, HJ. Möller. — *World J. Biol. Psych.* **3**(5), 5 – 43 (2002).

11-ый всемирный конгресс по биологической психиатрии

23 – 27 июня 2013 г., Киото, Япония

www.wfsbp-congress.org

**Международный тематический конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
в сотрудничестве с комитетом по биоэтике ЮНЕСКО**

**БОРЬБА С КРИЗИСАМИ И КАТАСТРОФАМИ:
ТРЕБОВАНИЯ ЗАВТРАШНЕГО ДНЯ**

30 сентября – 3 октября 2013 г., Мельбурн, Австралия

Транскультуральные особенности депрессивного расстройства

О. С. Чабан¹ (Киев, Украина), Natalia Hauser² (Цюрих, Швейцария)

Рассматриваются результаты клинических исследований пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, в Швейцарии и в Украине. Исследования проводились на основе анализа субъективных переживаний патологических феноменов, теста семейного состояния. Выявлены различия в самооценке пациентов и сопоставлении ими своего состояния с понятием депрессии. Швейцарские пациенты были больше ориентированы на биологические показатели депрессии, украинские — на социальные.

Ключевые слова: психо-социальные факторы риска, депрессия, социально-культурные факторы, семейные отношения, “broken home”.

Термин “депрессия” настолько распространился в последнее время, что кажется весь мир охвачен единой эпидемией под названием “Депрессия”. Такое тиражирование, в том числе в научных кругах, по-видимому, размывает не только границы самого аффективного расстройства, но также размывает понимание субъективной картины переживаний пациентов с этой патологией.

В силу интенсивной миграции населения, которое происходит в последние десятилетия, смешения рас и народов, диффузии культуральных и менталитетных особенностей все актуальнее становятся вопросы транскультуральной психиатрии и, в частности, в области аффективной патологии, как наиболее прогрессивно возрастающей среди иных психических расстройств.

В 1969 году в Соединенных Штатах Америки насчитывалось 9 миллионов некоренных американцев. Ко времени президентства мистера Буша-младшего число таких людей перевалило за 30 миллионов. Каждый год в США прибывает почти миллион официальных иммигрантов и почти полмиллиона незаконных. Средний показатель 2000 года определяет количество нелегальных иммигрантов в США в 9 миллионов человек. По оценке Северо-Восточного университета в северо-восточных штатах эта цифра возрастает до 11 миллионов, схожие показатели приводят в штатах Алабама, Миссисипи и Луизиана, в Калифорнии некоренных американцев 8,4 миллиона — это больше, чем все население штата Нью-Джерси; в штате Нью-Йорк некоренных американцев больше, чем в Южной Каролине. С нынешним положением дел не сравнить даже Великую волну иммиграции (1890 – 1920) (Патрик Бьюкенен, 2009).

Эта научная работа возникла из частного случая, когда в силу обстоятельств авторам этой статьи пришлось работать с одним и тем же пациентом, но последовательно в двух странах — Украине и Швейца-

рии. Именно тогда возникли первые вопросы диагностического плана, что собственно и породило научный интерес и последующую работу, частично представленную в этой статье.

Вначале была гипотеза, выстроенная в милом и уютном кафе в Oostenpark Амстердама, города, принимавшего в это время делегатов очередного конгресса ECNP. Гипотеза была создана, как это ни странно, на основе анализа только одного пациента (история которого собственно и свела нас в этом кафе), а еще личных наблюдений за нашими соотечественниками мигрантами и ремигрантами.

Итак, вначале мы спросили себя: пациент с депрессивным расстройством в Украине и Швейцарии — это один и тот же пациент? Или различен? Понимаем первые же возражения по поводу корректности сравнения. Хорошо, а если мы можем сравнить их (пациентов) по возрасту, полу, роду занятий и даже виду и степени депрессивного расстройства? Тогда опять тот же вопрос: одинаковые ощущения они переживают и, соответственно, делегируют их для последующей оценки врачом психиатром? Ведь от этого будет зависеть не только оценка самого расстройства и его тяжести, но и тактика терапии и, конечно же, выбор препаратов. Вопросов много — ответов мало. Вот почему у нас возникла идея из области транскультуральной психиатрии — провести сравнение этих пациентов, стандартизовав подход к оценке их состояния.

Наша гипотеза состояла в следующем:

1. Оценка пациентами собственного депрессивного расстройства в различных культурах различается. По-видимому, в этом пункте мы должны были “разойтись в своих “выводах”.

2. В оценке жителей западноевропейской культуры на первом месте стоят нарушения витальных функций, а в восточноевропейских — социальных (другими словами — на западе депрессия — это, как пример — нарушенный сон, на востоке — нарушенная дневная активность). Т.е. здесь мы должны опять “разойтись”.

3. Схожесть культур и особенностей гендерной нейropsychологической predisпозиции — в степени

¹ Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, НМУ им А. Богомольца, ДКБ № 1 ст. Киев, г. Киев, Украина.

² Психиатрическая клиника кантона Граунбюнден, г. Чур, частная практика г. Цюрих, г. Баден, Швейцария.

вовлеченности женщин. Здесь мы по видимому “сойдемся” [1].

4. Эффект зависит от вида акцентуации. Здесь мы не знаем чем закончится наше “соединение — расхождение”.

5. Эффект зависит от степени ожидания этого эффекта. Вероятно тоже “разойдемся”.

Мы договорились о создании максимально корректно сопоставимых групп, о выработке единых методик оценки и диагностики.

В итоге на протяжении года было проведено интересное наблюдение — исследование.

Дизайн исследования включал две группы пациентов по 30 человека в каждой группе. 15 мужчины и 15 женщины. У всех была диагностирована первичная или рекуррентная депрессия одинаковой степени и выраженности по шкале Гамильтона для оценки депрессии (НАМ-D) — 17 (средняя и тяжелая).

Диагностические критерии депрессивного расстройства соответствовали МКБ-10 и DSM-IV.

Первая группа — жители центральных кантонов Швейцарии, вторая — жители центральных областей Украины.

Кроме НАМ-D был использован тест семейных отношений и “Опросник феноменологической структуры психофизического состояния” — опросник-градация собственных ощущений, специально разработанный нами под это исследование.

Таким образом, данная работа была акцентирована на феноменологическое исследование и изучение социально-психологической сферы.

Интересно, что в Швейцарии социально-культурные факторы не являются причиной нетрудоспособности, для этого необходимо медицинское заключение и/или экспертиза, включающая в себя различные компоненты диагностики и комплексное исследование. В то же время, по литературным данным, сложные жизненные ситуации, социо-культурные обстоятельства могут вести даже к инвалидности в связи с состоянием психического здоровья [2 – 6].

Современный взгляд на депрессию

Депрессия — одно из самых распространенных расстройств. Согласно данным Гарвардской школы здравоохранения, основанным на материалах ВОЗ и Всемирного Банка, большая униполярная депрессия в 1990 году по тяжести ведущих причин бремени болезни уже занимала 4 место, а по базовому сценарию развития эта мультифакториальная патология к 2020 году выйдет для населения земного шара на 2 место после ишемической болезни сердца. При этом депрессия, как клинически тяжелое медицинское заболевание дает более высокие показатели нетрудоспособности, превышающие таковые при хронической обструктивной болезни легких, остеоартритах и др. Среди больных с основными психическими рас-

стройствами депрессивные расстройства также занимают ведущее место по частоте утраты трудоспособности (17,3 %), приводя к затруднению в выполнении широкого круга социальных, профессиональных, семейных и личностных функций. Мультицентровое международное эпидемиологическое исследование показало, что заболеваемость депрессией в общей популяции составляет от 4,8 до 7,4 %, в то время как среди больных общей поликлинической сети эта цифра возрастает до 10 % и более. По данным ВОЗ, 18 – 25 % женщин и 8 – 11 % мужчин хотя бы раз в жизни переносят отчетливый депрессивный эпизод. При этом 6 % женщин и 3 % мужчин требуется проведение лечения в условиях стационара; 15% депрессий завершаются суицидом [7]. Средняя продолжительность депрессии составляет 6 – 8 месяцев, а анализ зависимости возникновения депрессий от возраста пациентов показывает, что депрессивные расстройства преобладают в средней возрастной группе, т.е. в период наибольшей жизненной активности человека.

Среди лиц, страдающих соматическими заболеваниями, которые требуют стационарного лечения, средние цифры депрессии составляют 22 – 33 %. По усредненным результатам мета-анализа 25 эпидемиологических исследований, на 30 больных, обратившихся к врачам общесоматического профиля, приходится в день 2 – 3 пациента с большой депрессией и 7 – 8 с депрессивными симптомами; 10 – 12 % постоянных посетителей поликлиники являются депрессивными пациентами; 24 – 46 % стационарных больных с соматической патологией имеют депрессивное расстройство; 3 – 4 % в общей популяции пожилых старше 65 лет страдает депрессией и у 15 % отмечаются депрессивные симптомы; 15 – 25 % пожилых в домах престарелых страдает большой и малой депрессией; 40 – 65 % больных в постинфарктном периоде имеют депрессивные симптомы и в 18 – 25 % случаев регистрируется большой депрессивный эпизод; 18 – 20 % больных при ангиографически верифицированной коронарной болезни страдает депрессией; 12 – 18 % пациентов с постинсультным параличом страдает депрессией; 60 % больных после нарушения мозгового кровообращения через 6 месяцев болеет депрессией или дистимией; 13 % онкологических больных отвечает критериям большой депрессии, а 47 % имеет ее явные клинические признаки; 40 % с болезнью Паркинсона и 33 % с болезнью Альцгеймера одновременно болеют униполярной депрессией. Удельный вес депрессий, выявляемых в общей клинике, составляет от 50 до 80 %.

Значительный рост депрессивных реакций и состояний оказывает существенное влияние на уровень социальной адаптации, качество жизни людей и требует учета их роли в хронификации соматических заболеваний. Бесспорна их роль в формировании психосоматических и нервно-психических расстройств

пограничного уровня, попадающих в поле зрения врачей общей практики. Если это расстройство сохраняется у больных в течение года (а такие больные составляют 11 % взрослого населения), то оно требует даже большего ограничения возможностей физического, социального и профессионального функционирования, а также более продолжительного стационарного лечения, чем при диабете, гипертонии, легочных заболеваниях. Кроме того, депрессивные расстройства обладают высоким риском повторения, обострения и хронификации. Эпидемиологические исследования показывают, что у 3–5 % населения их длительность превышает 2 года, у 12,5 % — более 5 лет, а больные с хроническими депрессиями, которые наблюдаются психиатрами, составляют от 26 до 30%. В настоящее время в связи с этим обсуждается проблема лечения депрессии в будущем десятилетия.

Диагностический аспект. Современные классификации и, прежде всего, Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), рассматривают депрессию преимущественно с позиции “расстройств настроения” (аффект), выделяя, таким образом, “рекуррентное депрессивное расстройство”, депрессивные эпизоды в рамках “биполярного аффективного расстройства” и “хронические аффективные расстройства настроения” (дистимия, циклотимия). Кроме того, описываются депрессивные реакции на стресс, депрессивные расстройства поведения в детском и подростковом возрасте, органические депрессии. Привносимые в дальнейшем уточнения включали в общую схему и такие депрессии, которые связаны с влиянием соматических факторов (органические, симптоматические).

Диагностический порог для степени выраженности депрессии определен количеством симптомов и дополнительных признаков, которые должны отвечать определенному критерию продолжительности. Основными диагностическими критериями депрессивного эпизода являются сниженное (подавленное, угнетенное, тоскливое) настроение; утрата интересов и удовольствия к вещам и деятельности, которые ранее были приятны; снижение энергии, которое приводит к повышенной утомляемости и уменьшению активности. Эти типичные симптомы должны длиться не менее двух недель, сохраняться ежедневно и занимать большую часть дня.

К частым симптомам депрессии относятся: затруднение мышления; сниженная способность к сосредоточению и концентрации внимания; заниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и уничтожения (даже при легком типе эпизода); мрачное и пессимистическое видение будущего; мысли или действия, связанные с самоповреждением или суицидом; нарушенный сон. В некоторых случаях тревога и беспокойство могут быть более выражены, чем депрессия. Депрессия может также маскироваться другими психическими и поведенческими

характеристиками: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерической экспрессией, обострением предшествующих фобических или навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями.

Особое клиническое значение имеют соматические (синонимы: “биологические”, “витальные”, “меланхолические”, “вегетативные”, “эндогенорморфные”) симптомы депрессии, в перечень которых включается 8 признаков: утрата интересов и удовольствия к привычно приятной деятельности; утрата эмоциональной реакции на окружение и события, которые обычно доставляют радость или удовольствие; повторяющиеся ранние пробуждения (за два и более часа, чем обычно); усиление подавленности и депрессивных переживаний по утрам; объективные данные о психомоторной заторможенности или двигательном беспокойстве; снижение аппетита; потеря массы тела (5 % и более за последний месяц); выраженное снижение либидо.

Есть еще один аспект — нейropsychиатрический, напрямую выводящий на понимание социально-психологического в жизни пациентов с депрессией.

Визуализация головного мозга выявила многочисленные регионы поврежденных структур или активность в головном мозге при большой депрессии, свидетельствующие о нарушениях в структуре нейросетей в разнообразных отделах головного мозга, таких как кора передней и задней поясной извилины; вентральная, медиальная и дорзолатеральная префронтальная кора; островок; вентральный стриатум; гиппокамп; медиальный таламус, миндалина; ствол мозга [Milak (2005)]. Эти области мозга регулируют эмоциональные, познавательные, вегетативные, связанные со сном, связанные со стрессом аспекты поведения, нарушенные при расстройствах настроения. Исследования с применением позитронно-эмиссионной томографии свидетельствуют о снижении транспортеров серотонина, а также о нарушении постсинаптического связывания серотонина с рецепторами во многих из названных регионов мозга, что указывает на нарушения в структуре нейронных сетей, соответствующие аномалиям серотониновой системы (Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC., 1999).

Зачем мы приводим, казалось бы, знакомые для каждого психиатра данные? Для того, чтобы показать, насколько диагностика, а отсюда и понимание самого расстройства, в том числе его распространенность, зависит от того, что оценивают пациент и врач. А они, согласитесь, могут по-разному смотреть и оценивать переживания, ощущения и проявления болезни.

Для унификации мы использовали общепринятые инструменты диагностики и оценки состояния пациентов — анамнез, экспериментально-психологическое исследование, шкалирование по HAM-D.

Но цель нашего исследования была, как ни странно, не столько в объективизации данных расстройства, сколько в оценке субъективных ощущений па-

циента для того, чтобы приблизить наше понимание к феноменологическому анализу депрессивного расстройства. Для этого некоторые утверждения носили характер повторений в виде вариаций и уточнений, терминология соседствовала с обыденной, но понятной для пациента речью, градация предусматривала возможность сортировки и пересортировки карточек, на которых были написаны утверждения.

Технически это выглядело следующим образом. Пациенту после ранее установленного и верифицированного диагноза, но до применения шкалы НАМ-D и собственно сбора анамнеза, предлагалось провести оценку — ранжирование собственных ощущений в форме предложенных утверждений на отдельных карточках. Выбор такой формы стимульного материала был связан с тем, что пациенты в депрессии, а тем более с наличием тревожных компонентов в структуре депрессии, часто сомневались в своих ответах и по несколько раз меняли их. Карточки позволяли легче проводить эти вариации, чем это было бы в виде оценки единым блоком на бумаге.

Оценка своего состояния как “депрессивного” в свободном выборе утверждений нашего опросника феноменологической структуры психофизического состояния проводилась до оценки их при помощи НАМ-D, с целью избежать индуцирования последовательностью вопросов шкалы Гамильтона, собственно как и планом сбора анамнеза.

Опросник феноменологической структуры психофизического состояния позволял самому пациенту провести субъективную оценку состояния “депрессивные переживания”, так как он сам это понимал, чему придавал значение, что игнорировал. Опросник включал два блока утверждений: “витальный” и “социальный”.

Витальные компоненты:

- Плохое засыпание
- Пробуждение по ночам
- Ранее пробуждение
- Общее чувство неудовлетворенности сном
- Плохие сны
- Плохое предчувствие
- Отсутствие аппетита
- Чувство потери энергии
- Чувство слабости
- Неприятные ощущения в теле
- Постоянные боли
- Нарушенное мочеиспускание
- Отсутствие либидо
- Нежелание жить, мысли о смерти
- Повышенная слезливость, чувство жалости к себе
- Запоры, неприятные ощущения в животе
- Сложности принятия решения, длительные раздумывания, сомнения
- Заметная потеря веса или, наоборот, заметное прибавление веса за последнее время

– Желание выпить или расслабиться при помощи алкоголя

– Возросшее количество курения или наоборот — значительное уменьшение курения

– Мысли о самоубийстве

– Заметное колебание настроения на протяжении дня

Социальные компоненты:

– Низкая работоспособность

– Отсутствие удовольствия от общения с друзьями

– Нежелание выполнять ту работу по дому, которая раньше приносила удовольствие

– Отсутствие удовольствия от хобби

– Отсутствие удовольствия от совместного с семьей, друзьями проведения времени (просмотр фильмов, принятие пищи, прогулок, развлечений)

– Падение доходов в связи с состоянием здоровья и настроения

– Чувство недоверия к окружающим

– Нежелание читать, смотреть телевизор, слушать радио

– Идеи вины и неполноценности

– Нежелание общаться дома в кругу семьи

– Нежелание общаться с друзьями

– Нежелание выходить из дому

– Проблемы на работе в связи с ошибками (снижение успеваемости для тех, кто учится)

– Невыходы на работу

– Сложности вработываемости утром

– Потеря интереса к происходящему в мире, стране

– Отсутствие интереса к детям, родителям их проблемам

– Сокращение посещения церкви (если они были раньше) или наоборот — возросшее количество посещений

Из 30 пациентов, родившихся и выросших в Швейцарии, у 19 было выраженное (тяжелое) депрессивное расстройство (25 – 30 по НАМ-D), у 11 средней тяжести (21 – 24 по НАМ-D).

Аналогичная группа в Украине была представлена 16 пациентами с тяжелым депрессивным расстройством (25 – 30 по НАМ-D) и 14 пациентами с расстройством средней тяжести (21 – 24 по НАМ-D). Возраст пациентов обеих групп колебался от 35 до 66 лет.

Первое, что объединило наши группы: мы не обнаружили различий в оценке пациентами своего состояния в зависимости от степени выраженности депрессии. Наблюдались корреляции в количественной оценке своего состояния, и ни разу не наблюдалась инверсия между социальной и биологической оценкой.

А вот в биологической и социальной составляющей разница была ощутимой.

Так у 28 пациентов Швейцарии на первом месте стояли “биологические” составляющие их плохой самооценки, у 2 — “социальные”, а у украинцев, наобо-

рот, — в 23 случаях — “социальные” и в 7 — “биологические”.

Градация самооощущений жителей Швейцарии выглядела так:

первый блок, наиболее приоритетный:

плохое засыпание — 29 согласий с утверждением

проблемы со сном ночью — 30

раннее пробуждение — 30

плохой аппетит — 29

второй блок, менее приоритетный:

повышенная слезливость — 25

жалость к себе — 23

ощущение потери энергии — 25

отсутствие либидо — 23

заметное колебание настроения на протяжении дня — 20

размышления о смысле жизни, о смерти, самоубийстве — 19

Социальные компоненты были явно второстепенными, и их градация была следующей:

низкая работоспособность — 14

нежелание общаться дома в кругу семьи — 14

отсутствии удовольствия от хобби — 13

чувство недоверия к окружающим — 10

отсутствии удовольствия от совместного с семьей, друзьями времяпровождения — 11

И только у одной пациентки социальные компоненты (отсутствия удовольствия от общения с друзьями; нежелание выполнять ту работу по дому, которая раньше приносила удовольствие; нежелание читать, смотреть телевизор, слушать радио) были на первом месте, а биологические на втором.

В Киеве мы получили следующие данные:

первый блок, наиболее приоритетный:

низкая работоспособность — 24 согласий с утверждением

отсутствии удовольствия от совместного с семьей, друзьями проведения времени (просмотр фильмов, принятие пищи, прогулок, развлечений) — 20

нежелание выполнять ту работу по дому, которая раньше приносила удовольствие — 30

сложности вработываемости утром — 29

проблемы на работе в связи с ошибками (снижение успеваемости для тех, кто учится) — 25

потеря интереса к происходящему в мире, стране — 23

нежелание общаться дома в кругу семьи — 20

отсутствии интереса к детям, родителям их проблемам — 19

второй блок, менее приоритетный:

отсутствии аппетита — 21

плохое засыпание — 15

пробуждение по ночам — 15

раннее пробуждение — 16

чувство потери энергии — 14

отсутствии либидо — 14

нежелание жить, мысли о смерти — 2

Было сделано интересное наблюдение по поводу оценки нарушений сна у пациентов. При первичной самооценке пациенты в основном игнорировали это утверждение, выдвигая в приоритеты другие социальные и биологические показатели, но после раскладки, при сборе анамнеза болезни и специальных вопросах относительно нарушений сна, во всех 30 случаях такие нарушения были зафиксированы. Получалось, что украинские пациенты, имея явное нарушение биологического функционирования организма и зная об этом, как бы “игнорировали” его, подменяя или выдвигая на передний план социальные проявления болезни.

Напомним, что оценка своего состояния пациентами в виде самостоятельного ранжирования проводилась без комментариев и дополнительных вопросов врача. Мы наблюдали расхождение в оценке и указании на симптом при самостоятельном ранжировании и выборе соответствия своего состояния варианту ответа и данные при сборе анамнеза, когда вопросы врача как бы подталкивали пациента к “обнаружению” еще и других проявлений болезни. Например, в свободной раскладке пациент проигнорировал указание на отсутствие либидо, а при прицельном расспросе по стандарту сбора анамнеза болезни однозначно подтвердил это нарушение. Оказалось, что это расхождение у каждого пациента колебалось в пределах 5 – 12 ответов по нашему опроснику.

Проводились также исследования с использованием теста семейных отношений, который состоял из 71 вопроса, включая вопросы образования, структуры семьи, наличия конфликтных ситуаций, вопрос сексуальности, религии и зависимости. При этом учитывалось влияние психо-социальных и социально-культурных факторов. Учитывался также и возраст, пол, клиническое течение заболевания и поведение пациентов во время проведения тестов.

На основании опроса было обнаружено, что у 28 швейцарцев ещё в детстве наблюдались множественные или частые так называемые “неуравновешенные состояния”: интенсивно меняющиеся по своей глубине отношения к отцу или матери, редкое “эмоциональное присутствие” родителей, трудности в нахождения идеала, например, в подростковом периоде. В семье часто наблюдались меняющиеся или “поверхностные” отношения, сложность при попытке фиксации внимания на одном объекте/нескольких объектах. Если в биографии этих пациентов дополнительно появлялся элемент насилия, травмы или слишком раннего “созревания”, то это отражалось ещё в начальном периоде на качестве восприятия материала, проблеме интеграции в классе или кругу сверстников. У таких пациентов были выражены ранние страхи, нарушения поведения, прерывание образования в школе или институте, приём уже в раннем возрасте алкоголя, марихуаны, “экстази” и т.д. В более зрелом возрасте влияние этих факторов отражалось на форме

депрессии, психосоматике, виде нарушения питания или тенденции к недооценке/переоценке себя.

Наличие разобщённости в семье, так называемый “broken home” являлся базисом для последующего дисбалансированного или патологического развития личности. Наиболее важную роль играли при этом социальные факторы, а также отношение к вопросу религии и сексуальности.

Интервьюирование пациентов Украины показало, что колебания настроения, аффективные реакции личности в детском возрасте наблюдались у 14 пациентов, а 16 украинцев отрицали какие либо проблемы настроения или поведения в детстве. Это, вероятно, говорит не о достоверной разнице со швейцарскими пациентами, а скорее о различиях в культуральной среде, где в одном случае в массовом сознании населения любые психические и психосоматические отклонения связаны со стилем воспитания и пониманием динамической и аналитической психологии, которая постоянно “на слуху”, а в другом — нет.

Было интересно увидеть, что у пациентов с более низким уровнем образования, а также с наличием тенденции к “пере-/недооценке” себя, потенциал решения конфликтных ситуаций и проблем, как на работе, так и в семье, являлся одним из главных факторов при последующем возникновении депрессивных или других психических заболеваний. Эти данные совпали как в Швейцарии, так и в Украине.

Одной из необходимых составных частей этого потенциала решения конфликтных ситуаций была форма построения авторитетных отношений. Для таких пациентов необходима постепенная интеграция и других членов семьи, при чём не только мужей/жён или партнёров, но и родителей и/или детей.

У 12 пациентов с депрессивными расстройствами в Швейцарии в семьях не было принято говорить о сексуальности, или это было связано с недостаточными доверительными отношениями между родителями и детьми. В украинских семьях этот показатель наблюдался в 27 случаях.

По данным оценки семейных отношений мы попытались выделить психо-социальные факторы риска развития депрессивных заболеваний, как с психосоматическими компонентами, так и без таковых.

Семьи Швейцарии:

- сложное психосексуальное развитие;
- низкий социальный статус;
- незаконченное образование;
- избегание конфликтов в семье;
- тенденция к переоценке своих возможностей;
- недостаточная эмоциональная связь при построении отношений, недостаточность общих интересов;
- частые ссоры в семье;
- заболевания в семье, в том числе зависимость.

Семьи Украины:

- материальные проблемы;
- частые ссоры в семье с родителями;

- чувство одиночества в семье;
- конфликты с братьями и сестрами;
- недостаточность общих интересов;
- низкий социальный статус.

При опросе 23 швейцарских пациентов с депрессивными расстройствами интересным являлось также то, что конфликтные ситуации наблюдались в этих семьях более двух раз в неделю, достигая максимума по 5-бальной шкале у 22 пациентов. Аналогичная ситуация была и в Украине, однако количество пациентов, отмечающих серьезные конфликты в семье, было несколько меньшим — 19, повторные конфликты на протяжении недели отметило 17 человек.

Нередко пациенты этой группы не являлись желанными детьми или их родители не хотели иметь детей.

Выводы:

1. Пациенты западных культур (пример — Швейцария) более ориентированы на биологические, чем на социальные аспекты оценки своего депрессивного состояния, в то время как восточно-европейские (пример Украина) — сначала на социальные, а вторично — биологические. Наиболее значимый биологический компонент депрессии у жителей Швейцарии — нарушение сна, аппетита, потеря энергии. Жители Украины выделяют такие социальные компоненты, как низкая работоспособность, отсутствие энергии, отсутствие чувства удовольствия, состояния “как обычно”.

2. Важную роль для выбора вида лечения играют такие социально-культурные факторы как уровень образования пациента, воспитание, вид стратегий при решении конфликтов. При этом следует учитывать как отношения в семье в детском возрасте, так и последующее представление об идеалах, отношении к вопросу иерархии, авторитета. Интеграция в семье, на работе, психосексуальное развитие и отношение к здоровью, а также финансовые трудности также должны учитываться при выборе вида терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бринкманн Р.* Культурно-антропологические аспекты о значении влияния боли при составлении медицинской экспертизы в Швейцарии, Zurich, 2009., с. 35 – 39.
2. *Вебер Т.* Влияние социальных и социо-культурных факторов на заключение медицинской экспертизы в Швейцарии. SIM Курс, 21.08.2009, Базель.
3. *Граве К.* Нейропсихотерапия. Хоньет Гёттинген., 2004.
4. *Хаузоммер В., Шоулер-Окар М.* Медицинские и психологические аспекты при заключении экспертизы у мигрантов. Урбан и Фишер; Мюнхен., 2007.
5. *Eccleston C., Williams ACDC, Monley S.* Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, Issue 2.
6. *Egloff N, Egle UT, von Hanel R.* Weder Descartes noch Freud Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatic. Praxis 2008; 97:549 – 557.
7. *Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC.* Awareness, diagnosis, and treatment of depression. J Gen Intern Med 1999;14:569 – 580.

Циркулярная шизофрения или шубообразная шизофрения?

Разбор ведет проф. М. Е. Бурно
Врач-докладчик — С. Ю. Савенко

Ведущий. Уважаемые коллеги! Сегодня доверено председательствовать мне ещё и по той причине, что сегодняшняя пациентка — пациентка и нашей кафедрально-диспансерной амбулатории¹. Доктор Сергей Юрьевич Савенко занимается у нас сейчас на цикле специализации по психотерапии. Он достаточно подробно познакомился с пациенткой и вот рассказывает ее сегодня на конференции. Слушаем Вас внимательно, Сергей Юрьевич!

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги! Я представляю вам больную Елену, 23 лет (1989 г.рожд). Она обратилась в диспансерно-кафедральное психотерапевтическое отделение 5 апреля 2011 года.

Анамнез со слов больной и по данным меддокументации. Наследственность отягощена — дядя и дедушка со стороны матери повесились. Но как говорит Елена, у дедушки был рак предстательной железы и очень сильные боли. На момент рождения Елены матери было 33 года, отцу — 40 лет. Родители развелись, когда пациентке было 9 месяцев. Мать объясняет причину развода тем, что бывший муж ей изменял, а отец называет бывшую жену “тихой истеричкой”, отмечая, что она устраивала скандалы и не раз была его сквородкой.

Мать всё время за всё переживает, всматривается в глаза дочери и спрашивает: “Не случилось ли чего?” Хотя, по мнению Елены, глубоко не вникает в проблемы дочери и не понимает ее, что раздражает Елену: “Если что-то ей расскажу, то она будет в шоке”. Говорит с матерью только о несущественном. Мать любила привлекать к себе внимание, нравиться мужчинам, однако замуж больше не выходила, в настоящее время на пенсии, работает уборщицей. Отец по характеру духовно сильный, волевой, гибкий, живет один. Отношения с отцом ровные, добрые. Старшая, сводная по отцу, сестра по характеру сильная, волевая, ни под кого не подстраивается и является для Елены примером. Сестра замужем, имеет ребенка, живет в Подмоскowie.

¹ Благодарим ассистента кафедры психотерапии и сексологии РМАПО, канд. мед. наук Ингу Юрьевну Калмыкову за помощь в подготовке разбора и предоставленные материалы.

Больная родилась от второй нормально протекавшей беременности, роды в срок, затяжные со стимуляцией. Закричала сразу, была на грудном вскармливании до 2-х лет. В раннем возрасте больная была спокойной и спала хорошо. Начала ходить с 11 месяцев. Речь с 1,5 лет без особенностей. Помнит себя с 2-х лет. С 3-х лет начала посещать детский сад, не могла там адаптироваться — постоянно плакала. Специально простужалась, поэтому посещала детский сад очень мало — в 3 года и перед самой школой. Не хотела делить с кем-то свои любимые игрушки, играла дома одна сама с собой. В раннем детстве больная была фантазеркой, с куклами устраивала театры, различные сценки. У больной были частые ОРВИ, перенесла краснуху, ветряную оспу, диатез. Черепно-мозговые травмы, снохождение и сноговорение отрицает. Жила с матерью в 3-х комнатной коммунальной квартире. Мать работала дворником. Соседка по квартире заменила больной бабушку, так как была уже пенсионного возраста, а внуков не было, имела взрослого сына.

В школу больная пошла с 7 лет (родилась 12 сентября). Поначалу плохо адаптировалась, на уроках была неусидчивой, не нравилось учиться. Но со 2-го класса, после того как поменялась учительница, стала фактически отличницей. Со сверстниками общалась по мере необходимости, была довольно стеснительной и легко обижалась. В 5 классе появились подруги, больная стала более общительной, но избирательно. Позиционировала себя очень умной, считала, что понимает и видит людей, “могла любому однокласснику надавить на больное”. Если кто-то не нравился, кто-то раздражал своими поступками, то за 5 минут могла объяснить, что он дурак, не оскорбляя. Бывало, что в раздражении выходила за допустимые рамки, могла ударить своего одноклассника чем-то тяжелым, что попадет под руку. Из школьных предметов предпочитала русский язык и литературу. Писала за весь класс контрольные и сочинения по литературе. Уже в школьные годы начала писать стихи. С 7 класса увлекалась психологией, психиатрией, посещала психологические тренинги с целью познания себя и наблюдения за работой психолога. В школе раздавала одноклассникам психологические тесты и рассказы-

вала им их результаты, любила давать им какие-то советы: как быть, что делать. Месячные с 13 лет.

С 8 класса у больной стала появляться беспричинная подавленность, не хотелось делать уроки, оставалась в одиночестве. Но, как сама отмечает, это не была депрессия. “Даже не знаю: была ли это предболезнь, болезнь или это норма? Но стала остро чувствовать, что что-то изменяется во мне. Перемена не была резкой. Я менялась постепенно”. Объясняла это подростковым возрастом, тем, что человек меняется со временем, меняются мысли, ценности. Тем самым успокаивала себя. Иногда хотелось быть в уединении со своими мыслями, но долго оставаться без людей не могла. Хотелось быть одной — была одной, хотелось в обществе — была в обществе. В стихах того периода отразилось много переживаний о смерти, о страданиях. Фантазировала на суицидальные темы, но говорила, что таких намерений у нее нет. Встречалась с парнем, который обижал ее, говорил, что она никому не нужна, никогда не выйдет замуж. Прекратила с ним отношения. Переживала по поводу фигуры, так как мальчики в классе называли ее “плоской”, в связи с этим принимала биодобавки.

В 9 классе (в 14 лет) больная выбрала психологию как профильный предмет. После окончания 9 классов поступила в медучилище (проучилась там полгода), чтобы, окончив училище, пойти учиться в медицинский институт и воплотить в жизнь свою мечту — стать психиатром и психотерапевтом. Когда задавали писать рефераты или доклад о какой-либо болезни, то всегда писала о психических болезнях. И преподаватель говорила, что у нее большое будущее, как у психиатра.

С февраля 2003 года больная начала встречаться с молодым человеком, который был старше ее. Он увлекался наркотиками, делился всеми своими проблемами с Еленой и надеялся, что она поможет ему закончить с зависимостью. Но после того, как он стал распускать руки, Елена стала на все его жалобы реагировать отстраненно, перестала давать советы и решила расстаться с ним. Молодой человек не ожидал этого, сильно обиделся, давил на чувство вины: “ты меня взяла, а теперь бросила”. Потом решил жениться, приглашал ее на свадьбу, но она не пошла. По телефону стал угрожать, что убьет ее мать, спрашивал: “Как она себя чувствует без меня?” И видя, что Елена не переживает, живет счастливо, однажды сказал: “Ты еще пожалеешь обо всём, что ты мне сделала”.

Как считает пациентка, ее заболевание началось примерно в 14 лет, в сентябре-октябре 2003 года. Заметила, что стала чуть веселее, беспечнее. Постепенно у больной появилось состояние беззаботности, когда всё лишь радовало. Она считала себя призванной учить других, так как она сведуща во многих вопросах и ее раздражала их глупость. Появилась гневливость в сочетании с подавленностью, взвинченность, неусидчивость, бессонница, “хотелось писать о чем-то гру-

стным”. Больная писала стихи, тогда писала по 6–7 стихотворений каждый день, иногда и по 10–12 за день. Она всё больше и больше думала о самоубийстве. Бессонница вымотала ее, и она мечтала хотя бы о нескольких часах сна. Но основной целью был уход из жизни, как она говорит.

Фактором, спровоцировавшим суицидальную попытку, явилось нервное потрясение, случившееся в январе 2004 года. Елена возвращалась вечером домой, на нее напали три молодых человека, затащили в подъезд, порвали на ней одежду, избили, но изнасиловать не успели, так как в подъезд вошла женщина и разогнала их. Бывший молодой человек позвонил на следующий день и спросил: “Ну что, весело тебе вчера было? Учти, это всё может повториться”. “Стало обидно, что со мной это случилось. Почему так могут легко предать тебя?” Никому об этом случае не говорила, с мамой не делилась, всё переживала в себе. Начались истерики: то громко и долго плакала и рыдала, то без причины смеялась. Настроение было переменчивым: выглядела то веселой, то грустной, апатичной. Дома стала меньше следить за порядком. Выпила 100 таблеток валерианы с двойственным ощущением, чтобы забыться, без твердой уверенности в бесповоротном исходе. Но от таблеток почувствовала только возбуждение, эйфорию. Мать отвела ее в ПНД. Елена была впервые госпитализирована в ПБ № 15 3 февраля 2004 года, находилась там 4 месяца.

Психический статус при поступлении. Ориентирована всесторонне правильно, аффект неустойчив, настроение в целом приподнятое, к суицидальной попытке относится спокойно: “А почему бы не попробовать?” При этом улыбается. В то же время говорит: “Жить неинтересно — каждый день одно и то же”. Критика к состоянию частичная.

В больнице настроение менялось: была то депрессия, то мания. Периодически возникала обида: “Почему со мной такое случилось? Почему обманули: сказали, что на неделю надо лечь, а держат уже долго?” Но успокаивала себя тем, что собирала группу из 10 больных и проводила групповые занятия по типу тех, которые ранее проходила сама. “Получала хороший опыт”.

По заключению психолога (на тот момент). Нелестность в суждениях, некоторая хаотичность с утратой целенаправленности. Личность остается депрессивной, напряженной, ориентируется на внутренние критерии.

Больная была консультирована доцентом кафедры психиатрии 3-го мединститута Мажгинским. Заключение: шизоаффективное расстройство, смешанный тип. Проводилась терапия: карбонат лития — 600 мг в сутки, финлепсин — 100 мг 3 раза, галоперидол — 30 капель в сутки, циклодол — от 4 до 10 мг в сутки, клопиксол — 17,5 мг в сутки и анафранил — 100 мг в сутки.

После выписки из больницы (13 июня 2004 года) больная за неделю сдала все экзамены в медучилище и была переведена на второй курс. Но дальше учиться не захотела, считая, что карьера психиатра ей уже не удастся, и смысла дальше учиться в медучилище не видела. 1,5 года нигде не училась и не работала. Первое время принимала назначенные лекарства, а потом бросила их прием. Около 3-х месяцев после выписки у больной отмечалось нормальное состояние.

В июле 2004 г. нанесла себе порезы на предплечье, так как вспомнила про Романа Евгеньевича (своего врача). В сентябре 2004 г., за неделю до поступления в ПБ, у больной снизилось настроение. Просила мать, чтобы та направила ее в психиатрическую больницу. Приезжала в отделение, объяснялась в любви докторам. Расстроилась, что ее не госпитализировали. Вновь появилось сильное возбуждение, суицидальные мысли. Дома, якобы, выпила 10 таблеток димедрола, была бледной, призналась во всем матери. Мать опять отвела ее в ПНД, откуда больная была повторно госпитализирована в 15-ю больницу, на что дала свое согласие. Поступила 10 сентября 2004 года.

Психический статус при поступлении. Держится без чувства дистанции, высказывает нелепые идеи любви к врачам отделения, к парню, который попал в больницу, на вопросы отвечает формально. Фон настроения снижен. Высказывает суицидальные мысли, так как ее никто не любит. Легко появляются слезы, тут же громко смеется, кокетничает с врачом.

Проводилось лечение: клопиксол — 20 мг в сутки, циклодол, анафранил — до 175 мг в сутки, аминазин — 100 мг в сутки, карбонат лития — 600 мг в сутки, галоперидол — 2,5 мг 3 раза.

После лечения состояние больной улучшилось. Чувствовала себя относительно неплохо. В январе 2005 года в метро видела драку, ее случайно толкнули, сильно испугалась, после чего появился шум в голове, эпизодически проскальзывали голоса. Стационарировалась в 15-ю больницу добровольно.

Психический статус при поступлении. Гипомимична, немного заторможена, настроение немного снижено, ближе к ровному, мышление непоследовательное с резонерством, с соскальзываниями. Подробно рассказывает о своих переживаниях. Голоса отрицает, критика к состоянию снижена.

В конце марта 2005 года больная выписалась из больницы на следующей терапии: галоперидол — до 7 мг в сутки, циклодол, карбонат лития — 600 мг в сутки, каоксил — 25 мг в сутки. Чувствовала себя неплохо. В период с февраля 2004 года по август 2005 года у больной было 4 госпитализации в 15-ю ПБ. Сначала обострения состояния возникали преимущественно зимой, затем в октябре.

В сентябре 2005 года поступила в вечернюю школу, которую благополучно закончила. В декабре больной в ПНД изменили лечение, после этого ее состояние постепенно ухудшилось.

16 февраля 2006 года выпила 50 таблеток димедрола, обстоятельств госпитализации “не помнит”. По данным путевки, “выпить таблетки ей велел голос Маяковского с добрыми намерениями”. После проведенной дезинтоксикации в 68-й ГКБ больная была госпитализирована в 15-ю ПБ в порядке недобровольной госпитализации, согласно пункту “а” статьи 29 Закона “О психиатрической помощи”.

Статус при поступлении. Говорит, что “суицид собиралась совершить по принципу последней капли, как Цветаева”. Рассказывает, что, якобы, “16 февраля 2006 года к ней в комнату приходили Маяковский, Есенин и Цветаева и долго обсуждали суициды, пока матери не было дома”. С вызовом говорит, что жить всё равно не хочет. Критика к состоянию резко снижена. После выписки состояние больной существенно улучшилось. Некоторое время принимала поддерживающую терапию.

В дальнейшем, со слов больной, она сама устраивала себе плохое состояние, “потому что дома становилось скучно, хотелось к девочкам в больницу”. И еще трижды больная госпитализировалась в 13-ю психиатрическую больницу: в 2007 году, 2008-м и 2009-м. В 2007 г. была госпитализирована в состоянии некоторого подъема. После выписки 19 ноября 2007 года больная первое время принимала трифтазин. Состояние ухудшилось в конце января 2008 года, за две недели до следующей госпитализации. После психотравмирующих ситуаций больная стала плаксива, не спала по ночам, по утрам боялась встать с постели. За день до госпитализации ушла из дома “из-за конфликтов”. Настроение было неустойчивым: то угрожала покончить с собой, считала, что никто не обращает на нее внимания, хотела стать проституткой “назло всем”, чтобы “заработать денег”, то чувствовала себя актрисой.

3 февраля 2008 года самостоятельно обратилась за помощью в приемный покой 13-й психиатрической больницы. 6 февраля была переведена в 20-е ПСО с подозрением на острый аппендицит. Диагноз не подтвердился, вскоре была возвращена в психиатрическую больницу.

Психический статус после возвращения в больницу: демонстративна, манерна, речь в обычном темпе, фон настроения несколько повышен, рада возвращению в ПБ. Сообщает, что “в другой больнице была очень мрачная атмосфера”, поэтому она “запоем читала Достоевского”. Критика к состоянию частичная.

После выписки 21 марта 2008 года больная принимала: галоперидол — 5 мг 3 раза, депокин — 600 мг, 300 мг, 600 мг, циклодол — 6 мг в сутки.

В том же году поступила в Российский православный институт имени Святого Иоанна Богослова на филологический факультет. Училась хорошо, с большим интересом. На 5 курсе писала диплом и одновременно подрабатывала журналистом. С сентября 2009 года больная работала журналисткой в район-

ной газете, а также в газете “Нить Ариадны” (ежемесячная газета, издатель — Московский Клуб психиатров).

В декабре 2009-го больная еще раз стационарировалась в 13-ю ПБ, где провела две недели. ПНД посещала нерегулярно. С ноября 2010 года работала копирайтером. 5 апреля 2011 года обратилась на кафедру психотерапии РМАПО.

Психический статус при обращении. Одета ярко, аккуратно. Гипомимична, с однотонным взором. В беседе активна, оживлена. О перенесенных в прошлом психотических расстройствах значимой информации не сообщает. Критика к перенесенному в прошлом психотическому состоянию снижена. Довольно точно оценивает симптомы своего заболевания. Отмечает, что суицидальные мысли возникают почти постоянно, особенно если “кто-то поглядит против шерсти”. Но говорит, что “в психиатрическую больницу попадала всегда только по своему желанию и без проблем”. Приходила в приемный покой, показывала паспорт, устраивала охране истерику и таким образом попадала в больницу, чтобы новые лекарства подобрали, чтобы “хорошего психиатрического опыта набраться” и “вообще в больнице было просто интересно”.

Психотических расстройств выявить не удастся. Душевно разлажена, рассказывает с застывшей улыбкой на лице, что устала от своих суицидальных мыслей, ярко описывает их, говорит, что хочет поговорить о них со всеми. Но знает, что никто не поймет, поэтому и ищет помощи у тех, кто сможет искренне понять, посочувствовать и помочь с ними справиться. Говорит, что в интернете общается с людьми, у которых подобные расстройства, дает им советы: “запомни раз и навсегда, если ты не хочешь причинить людям боль, притворяйся счастливой, больше ни намека не то, что на боль, даже на плохое настроение”. Высказывает уверенность, что “отныне всё прекрасно и замечательно”, и одновременно переживает, что раньше постоянно фантазировала, а сейчас разучилась, что не может мечтать о семье, так как “больная” и не может иметь детей — плохая наследственность. Критика к своему состоянию не полная.

На кафедре больная втянулась в групповые занятия, с удовольствием посещала психотерапевтический театр, студию целебной живописи, психотерапевтическую гостиную, где проходила терапию творческим самовыражением. Общалась со своим лечащим врачом, при этом обнаруживала лживость, склонность к псевдологии. Бывало, что приводила на кафедру своих поклонников, могла прийти с одним, а потом флиртовать с другим. При общении с врачами держалась запанибратски, недостаточно соблюдала чувство дистанции, была не критична к своей жизненной ситуации и к заболеванию. Тем не менее, больная испытала облегчение, научившись лучше оценивать

симптомы своей болезни, понимать свой характер и разбираться в характерах других.

Этим летом больная окончила 5-й курс. С ее слов, у нее уже написан диплом, но не сданы госэкзамены, и она находится в академотпуске. Собирается сдать экзамены и получить диплом по специальности “филолог-литературовед”, подрабатывает в качестве журналиста в районной газете.

В настоящее время принимает карбамазепин по 100 мг утром и вечером. Отмечает, что ремиссии по ходу заболевания продолжались по 2 – 3 месяца, иногда по 4 – 5 месяцев. Ремиссия после последней госпитализации 1,5 года. За последние 2 месяца с небольшим больная выбилась из режима: ложилась спать около 5 часов утра, вставала к 14 – 15 часам. Говорит, что ей обычно требуется 12 часов сна. Ночью гуляет с друзьями, днем выполняет задания по работе в газете, продолжает регулярно посещать кафедру психотерапии.

Психический статус на момент беседы, то есть моей беседы с больной 7 ноября 2011 г. Одета так, чтобы привлекать внимание, аккуратно. Мимика довольно однообразна, но способна проявлять эмоции, улыбаться и смеяться. Активно участвует в беседе. На вопросы отвечает в плане заданного. Критика к перенесенным в прошлом психотическим состояниям снижена, вспоминает о них с неохотой, подробностей не сообщает. Фон настроения немного приподнятый, жалоб не предъявляет. Ведет себя раскованно, несколько демонстративно, с определенной долей кокетства. Временами меняет позу, кладет ногу на ногу, то одну, то другую. Сама предлагает врачу прочесть свои стихи. Читает стихотворения с сексуальной окраской, с намеком, но без грубой непристойности. Увидев, что не произвела благоприятного впечатления, пытается сгладить произведенный эффект: “у меня есть и другие стихи”. В целом соблюдает чувство дистанции, старается выглядеть достойно, склонна к фантазированию. Критика к своему состоянию снижена. Планы на будущее неопределенны.

Соматический статус. Несколько повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски, видимых повреждений нет. Зев спокоен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс — 78 ударов в минуту, АД — 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Неврологический статус. Зрачки равновеликие, реакция на свет живая, равномерная. Лицо симметричное, язык по средней линии. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Острой очаговой, менингеальной симптоматики не выявляется.

Ведущий. Коллеги, пожалуйста, вопросы докладчику.

Нет вопросов?

Ну, что же, если нет вопросов, приглашаем Лену.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Здравствуйте! — Проходите. Вот сюда, ко мне поближе. Видите, и тут я с Вами. — *Да.* — Но Вам, наверное, не страшно? — *Да нет, я уже привыкла к Вам, Марк Евгеньевич.*

— Лена, спасибо, что к нам пришли. — *Спасибо, что пригласили.* — Для нас это очень важно. Потому что Вы нам очень и очень можете помочь. Помочь научиться помогать людям с такими трудностями.

Итак, мы вспомним болезнь, как она находила на Вас и мешала Вам жить, только в самых кратких чертах, чтобы сосредоточиться на самом главном: а именно на том, что именно помогает при таких расстройствах.

Вы писали мне о себе подробно, также как Инге Юрьевне, своему лечащему врачу. И Вы только подтвердите то, что написали, или не соглашайтесь, прибавьте что-то, уточните. Вы почувствовали, что болезнь находит, наступает на Вас в 14 с половиной лет. Как Вы почувствовали это впервые, какие были признаки? Вы как-то почувствовали, что изменились, даже изменились, как Вы писали, изнутри себя? — *Ну, на самом деле эти изменения, их осознаешь и анализируешь только через какое-то время. После того, как ты действительно заболела, ты начинаешь вспоминать, понимаешь, что вот это, наверное, явилось началом заболевания. А на самом деле, когда приходит психоз, то он не стучит тебе в дверь и не говорит “я пришел”. А зачастую узнаешь, что ты болен, уже задолго после того как ты заболел. У меня было примерно также, потому что действительно критическое осмысление, оно приходит, ну, наверное, с опытом, потому что когда что-то приходит впервые, ты не знаешь, что это такое. Также было и со мной.* — Так, очень тонко, выразительно рассказываете. Лена, вот типичные Ваши расстройства. Я, с Вашего разрешения, почитаю то, что Вы мне подарили? — *Да.* — А Вы подтвердите или, может быть, поправьте себя. Что есть, как Вы называете это, “психотика”? — *Вот это не психотика.* — Разберемся. — *Хорошо.* — Называется “Обо мне”. Но Лена себя описывает как будто бы это “он”. — *Это художественный рассказ. Я написала его где-то с месяц назад. Это такой, как бы образ такой художественного рассказа.* — Но это именно о Вашем душевном переживании? — *Но это обо мне, как, скорее, ну, точнее, действительно о моем душевном состоянии.* — *Да.* Так вот, слушаем.

“Когда давят стены, не лечат, а убивают, а люди вокруг сливаются в безликую, безобразную массу. Пространство с городскими пейзажами и природой сжимается в точку, стреляющую в висок. Когда сам ты кусочек того, что осталось, что некогда было живым, тобой. Тогда понимаешь, что смерть за порогом боли, за бездыханностью тела и тем, что называется “летальный исход” в патологоанатомии. Что мечта о смерти сбылась, а ты не заметил. Строишь, вроде бы

всё вокруг то же, чувствуешь пальцы, руки, способен двигаться, есть, смеяться, а тебя уже нет ни в памяти, ни в сердцах, ни в мыслях. Потому, наверное, что никто не был с тобой знаком. Да и сам ты себя так отдаленно помнишь, что сомневаешься — был ли когда-нибудь? Было бы здорово плакать, кричать, биться виском о стену, но понимаешь, что не можешь. Не потому, что нет сил, а по причине того, что попросту не способен. И хотел бы кого-нибудь полюбить просто так, чтобы почувствовать свою душу, но, подумав об этом, с ужасом сознаешь, что не знаешь, как это сделать, даже представить не сможешь, что значит чувствовать сердечную теплоту. А вокруг стены, глаза, пейзаж, рядом движутся, но всё как-то мимо. Ты не увидишь свет, его в тебе не осталось — слепец не чувствует глаза Бога”.

Это вот всё Ваши переживания, так? — *Да.* — И скажите, вот это переживание, оно время от времени повторялось? Оно время от времени мучило душу? — *Ну, вот это переживание, которое здесь описано, но я повторяюсь, я этот такой рассказ-монолог я его называю, написала где-то... Ну, вот сейчас у нас ноябрь, где-то вначале октября я его написала, может быть, конец сентября, но вот буквально совсем недавно. И в этом рассказе я выразила то, что... Ну, во-первых, как-то произведение художественное, это не дневниковая запись, здесь отчасти, наверное, все-таки, может быть, несколько преувеличено с целью подачи художественной красивой.* — А что именно преувеличено? — *Ну, преувеличено, скажем так, если бы я говорила своими словами, я бы говорила менее выразительно. Преувеличено в том плане, что используются художественные образы. А когда пишешь в художественном стиле, всегда усиливается впечатление.* — Но разве выразительность не помогает понять? — *Она помогает, конечно. Но вообще вот то, что здесь описано, это состояние, оно... Но это просто анализ моего состояния, скорее всего, ну, может быть, за, если не за всю жизнь, то за очень-очень долгий период моей жизни. Просто в тот момент, когда я его написала, я это особо, ну, так проанализировала, и мне было что сказать по этому поводу уже, поэтому я это написала. А вообще, ну, вот с тех пор, как я написала, это не проходит. И вообще вот это чувство “смерти души”, оно не проходит никогда практически. Бывает, что просто ты на этом как-то концентрируешься, об этом думаешь и из-за этого переживаешь, а бывает, что ты просто от этого отстраняешься, ну просто это есть как данность, ты стараешься об этом не думать. Но как факт это присутствует всегда, постоянно.* — Лена, это с 14 лет? — *Даже раньше, чем с 14 лет.* — Но Вы говорили, что в 14 с половиной лет все-таки почувствовали себя больной? — *В 14 с половиной лет я почувствовала психотику.* — Психотику. А вот это было еще до психотики? — *Это было еще до психотики. Это...* — За сколько лет? — *Марк Ев-*

геневич, хорошо вспомнить, за сколько лет. — Ну, за несколько лет? — Ну, скорее всего, вот такое состояние, когда чувствуешь себя, ну, такое мертвующие чувствуешь, что ты умерла душевно, ну вот начало возникать впервые, вот первые такие, но это сначала было не постоянно, а эпизодически только, ну, наверное, когда я начала все-таки более-менее так себя осмыслять, как личность, наиболее так вот аналитически, скажем так, ну, где-то лет в 9 – 10 я уже начала об этом задумываться, что я себя так чувствую. — Лена, а вот всё движется, движется, но всё движется как-то мимо? — Ну, да. — Пейзажи, стены. То есть это что, ощущение, что Вы за каким-то, ну, что ли толстым стеклом, я предположу такое сравнение, мир продолжает жить своей жизнью, а Вы отделены от него совершенно и не чувствуете его? Или чувствуете его только формально? — Ну, отчасти в чем-то Вы правы, в чем-то нет. Я поясню. Какой-то стены, загороженности от мира я не чувствую, но в том плане, что я отдельно здесь живу, а вы там живете. Это, скорее всего, как такое субъективное чувство, это у меня нет такой веры, что это действительно так, вот такого бреда у меня нет, это на уровне ощущений. Такое чувство, что как-то ты мертвая, а все вокруг живые и что вот... Ну, знаете, вот есть такие всякие рассказы фантастические про зомби, вот это примерно так. — Понятно. То есть, смысл того, о чем мы сейчас говорим, это неспособность чувствовать, мучительная неспособность чувствовать? Так можно сказать? — Да. Можно так сказать.

— Теперь в 14 с половиной лет нашла психотика. То, что Вы называете “психотикой”, вот это что? Это был какой-то приступ? Что помнится? — Ну, это как-то объяснить так сложно как. Потому что всё же это возникает очень плавно. — Чем это отличалось от прежнего? — Это отличалось тем, что когда началась психотика, ну как-то, если именно говорить об особенностях именно психотики, что является психотикой, если из всего вычленять, то я бы назвала основным симптомом, что я называю вот этим, это неспособность контролировать свое поведение, неспособность отвечать за свои поступки. Не потому, что ты снимаешь с себя ответственность, “сама делаю, что хочу”, а когда ты просто не контролируешь свое поведение, такое чувство, что ты сама себе не принадлежишь. Когда ты, может быть, и не рада бы что-то сказать, что-то сделать, а ты уже не понимаешь, и уже это не ты, а кто-то другой в тебе живет и управляет твоими действиями и твоими мыслями, поступками, словами и всем остальным. — То есть, можно сказать, что психотика — это состояние, в котором перестаешь быть самим собой? И не отвечаешь за свои поступки и, бог знает что начинаешь делать, да, и не можешь себя остановить? Можно так сказать, что психотика — это особое состояние, ну, в котором как бы личность занавешивается всяки-

ми расстройствами психотическими, так их принято называть, да, и перестаешь быть самим собой на время этой психотики? Вы с этим согласны, так можно сказать? — Ну, только отчасти согласна. Мне все-таки, когда у меня была психотика, у меня не было такого ощущения, что все-таки я это не я, а кто-то там вместо меня сидит. — Нет, нет, я не об этом говорю. А просто, что вот не могу по-своему поступать. — Не совсем так. — А как? — Это такое ощущение приходит, когда ты анализируешь вот уже сейчас прошлое состояние. На тот момент казалось, наоборот, что вот уже именно сейчас я настоящая, а до этого была не я. — Лена, Лена, анализировать психотику можно только тогда, когда она прошла. — Так вот я говорю об этом, я об этом и говорю. Но на тот момент... — Оглядываясь на психотику из состояния непсихотического, что можно о ней сказать? Что это за состояние, и именно у Вас? — Это состояние полной потери критичности к своему состоянию. — Так. А настроение какое? — Настроение? А очень такое, знаете, там очень много-много было эмоций прямо смешано. — Настроение бурлит? — Настроение бурлит, да. — Там и подъем, там и тоска? — Да. — Там всё, что угодно? Но в целом это всё тягостно? Хотя иногда бывают такие подъемы, когда в них бы, кажется, и жила всегда, так? — Да. Но это одновременно и тягостно, и приятно. Это очень сложно в этом состоянии отделить — хорошо тебе... — И тягостно, и приятно? — Да. Одновременно и то, и другое. — Да. Лена, можно сказать, что вот в это время бывают такие переживания, когда умереть и тягостно, и приятно? — Да, конечно. — И очень легко это сделать? — Конечно. Чего сложного? — Только, например, как Вы рассказывали: вены резать — не эстетично, да? — Ну, да, не эстетично. — Вот это останавливает, да? — Да. — И броситься из окна страшно? — Наркотики вызывают судороги, веревка рвется. — Да. И вот такие штуки останавливают? Но не всегда. Сколько раз Вы всерьез пытались уйти из жизни? — А как определить всерьез или не всерьез? — Ну, 100 таблеток валерьянки... — Несерьезно? — Это Вы тогда, наверное, просто не знали, что ничего не получится, да? — Но я не знала, что пить. Я что нашла, то и выпила — а вдруг поможет. — Но ведь бывало, Вы такое пили, что в институт Склифосовского попадали? — Меня отвозили не в институт Склифосовского, меня отвозили в реанимацию в 68-й больнице, я там в реанимации лежала. — Так, но значит это всерьез? — Да, всерьез, конечно. — Всерьез. И это было с легкостью? — Ну, знаете, как, не то чтобы с легкостью, а такое чувство, что... Ну, вот всегда, когда приходит мысль о самоубийстве то, главная мысль это не “хочу умереть”, а “не должна жить”. И когда это было, у меня такое чувство было, что вот, ну, может, не хочется умирать, но надо. Надо, значит, надо. Вот как кому-то не хочется идти на работу, а надо. — А почему надо? Непо-

нятно. — Ну, надо, там отдельные у меня были какие-то причины, они, видимо, были такие не слишком ... обоснованные. Но когда я это делала, у меня, с одной стороны, в голову приходило, что, наверное, все-таки как-то нехорошо это делать, что-то меня внутри останавливало. Но я вот это отменяла, как вот отрезала, и просто пошла и сделала, и поехала в реанимацию потом. — Погодите. Пытались Вы расстаться с жизнью только в психотике или между психотическими приступами тоже? — А вот Вы знаете, я даже не знаю. Мне сложно сказать, потому что на тот момент, когда была эта попытка суицида, когда я 50 таблеток димедрола выпила, попала в реанимацию, внешне по мне окружающие не замечали каких-либо изменений в поведении. И свое поведение я тогда как раз контролировала. Я там за два дня выступала на вечер в школе, там у меня был поэтический вечер. Я со всеми хорошо общалась, там разговаривала. И никто даже бы, когда я уже там не подумала бы, что так будет, моя мама была крайне удивлена, когда меня там нашли во дворе, сказали “Лена без сознания”. А Лена сказала, что она пошла прогуляться там на пару часиков. И я внешне сохраняла хорошее настроение. Но я это делала намеренно, я хотела вести себя так, как будто бы я в полном порядке, чтобы... ну, специально, контролировала, наверное, свое поведение. У меня была такая идея, что, наверное, если по мне кто-то заметит, что у меня на уме там или какие-то у меня будут там нарушения видны в моем состоянии, то меня могут отправить в больницу там еще до того, как я что-то с собой сделаю. А мне нужно было всё так подготовить, чтобы... ну, чтобы как-то никто куда меня не отправил до этого. И поэтому внешне я и поведение свое контролировала в общении с людьми, и как-то и чувствовала себя более-менее нормально. То есть, эмоции я проявляла те, которые там, ну, адекватные, скажем так. Но внутри у меня, как-то внутренняя катастрофа, наверное, разыгрывалась незримо для окружающих. Поэтому мне сложно сказать — психотика это или нет? Внутри — психотика, внешне — нет. — Внутри — психотика, внешне — нет. И Вы рассказывали и писали об этом мне, да, что для окружающих это очень обманчиво. Вы за своей бравадой прятали, прикрывали этой бравадой вот эту жуткую душевную боль внутри себя? — Да. — Да. И в голову, в сущности, никому не приходило, что Вы опасны для самой себя сейчас? — Нет. Никому не приходило в голову. Я когда выписалась из больницы, я же пришла обратно в школу, где я училась, я вечернюю школу заканчивала. Ну, там люди уже узнали, что со мной случилось. И все просто одноклассники, они были просто в шоке в таком, они говорили: “Что на тебя нашло? Почему ты не подошла и не сказала, если тебе было плохо? Что с тобой было?” Ну, конечно, для всех окружающих это было как, ну, как гром среди ясного неба. Они говорили: “Мы никогда бы не

ожидали от тебя такого!” Хотя они все, мои друзья там в школе, с которыми я общалась на тот момент, люди, которые меня окружали, они все знали о моем прошлом, связанном с психиатрией, там суицидом, то что я где-то лежала. Но они говорили: “Ты, по-моему, абсолютно выздоровела”. Там вплоть до последних дней они говорили: “По тебе никогда не скажешь, что ты где-то лежала, что с тобой что-то не так”. И люди не ожидали совершенно. — Ну, да. Вот Вы так и озаглавили, вот это важно: “О том, что скрывается под радужной вуалью маниакального состояния”. Да? — Да. — “Рассказ об этих расстройствах не понаслышке”, это Вы прибавили. И трудно Вам сказать, что это — психотика или не психотика вот в Вашем понимании. Но, несомненно психотических, как Вы понимаете, приступов, когда Вы окончательно теряли себя, сколько было вот таких вот остро психотических приступов? Ведь с Вами можно же говорить на психиатрическом языке, Вы всё это хорошо понимаете, знаете? — Марк Евгеньевич, я вообще-то не считала, честно говоря. — Не считали? — Нет. — Но их было больше 10? — Мне сложно сказать, больше там на 2 или меньше на 2. — Не всякий раз с этим приступом Вы попадали в больницу? — Нет. — А в больнице Вы были 8 раз? — Да. — 8 раз. И всякий раз это была психотика, в Вашем смысле, остропсихотический приступ, да? — Нет. — Скажите, это было только бурление вперемешку тоскливой боли душевной и подъема? Или сюда еще вплетались какие-то мотивы, что “я всё знаю, чего не знают другие”, “всё имеет особое значение”? Понимаете меня? — Да, я понимаю. — Вот что это такое? Скажите, подробнее. — То, о чем Вы говорите, было только в первый раз, когда я поступила в больницу. Потом уже этого не было. У меня не было такого, что я больше всех знаю, у меня какая-то там миссия особая, такого не было у меня — Это было только один раз? — Только один раз. — В 14 лет? — Ну, да, там в 15 лет я поступила. — А потом было только бурление эмоций? Бурление эмоций, и при этом бурлении Вы то внешне по-здоровому себя вели, сообразно обстановке, то нет, да? Всё зависело от того какое настроение, а настроение могло меняться каждую минуту? — Да. — Да. Это было только в психотическом приступе? А между этими приступами, можно сказать, оставалось вот это бурление эмоциональное в похожей картине, но в смягченном виде? — Ну, конечно, ослабленная симптоматика всегда, ну, часто довольно, присутствует. — То есть, можно сказать, что вот этот, назовём его, психотический приступ между такими приступами часто как бы размазывался, да? В своем таком смягченном виде присутствовал, да? — Но это состояние ремиссии проявлялось либо в очень коротких моментах полного такого просветления, такого состояния психического здоровья, относительно допустим полного, а чаще просто присутствовала ослабленная симптоматика. Не всегда

все симптомы присутствовали в совокупности, было такое, что только несколько симптомов там проявлялось. Но ослабленная симптоматика, она всегда есть, это психический диагноз, от этого никуда не денешься. — И можно, значит, сказать, что вот так заболел в 14 с половиной лет, Вы уже никогда совершенно не выздоравливали? Вы никогда не вылезали из этого расстройства? — Конечно, Марк Евгеньевич. По-другому не бывает. — Это у всех по-разному бывает. — У всех не бывает. Просто кто-то некритично относится к своему состоянию. Психическое заболевание — это хроническое заболевание, как заболел, так и на всю жизнь. — Ну, Лена, заболевания разные. Бывает, человек перенесет такой приступ, как грипп, и поправляется, здоров..И Вы ещё можете поправиться. — Ну, а бывшие шизофреники бывают? Вы знаете бывших шизофреников, например? Вот болел шизофренией и выздоровел. Это кто такой? — Конечно, знаю. — И у них отменили диагноз “шизофрения”? Сказали: “Вы больше не шизофреник”? Доктор сказал. Да? — Бывает такое. — Вот две недели были шизофреником, и больше не шизофреник? — Если человек после острого приступа стал практически здоров, то да. Может быть, у него осталась после приступа какая-то здоровая душевная особенность, по-своему даже красивая, придающая силу его таланту... Ну, зачем же его считать больным? Конечно, он здоров и нередко всю оставшуюся жизнь. — Но вот эта особенность, такая маленькая ослабленная симптоматика говорит о том, что у него присутствует ослабленная симптоматика и у него хроническое заболевание, но в данный момент оно в ремиссии. — Если болезнь остановилась, завершившись еле заметным для специалиста, и то не всякого, душевным рубчиком, — это уже не ремиссия, а остаток болезни, нередко на всю жизнь, выздоровление. У Вас же пока улучшения, ремиссии, но это не значит, что Вы никогда не поправитесь. Но пока с 14 лет до 23-х... Это сколько уже? Уже 7 – 8 лет, да? — Да, 8 лет. — 8 лет болезнь Вас, в общем, мучает порой. Хотя сквозь болезнь время от времени Вы радуетесь своему творческому вдохновению, настроению? — Да. Но я бы не сказала, что болезнь меня мучает. Я, скорее всего, даже как большинство людей, страдающих маниакально-депрессивным психозом, рада тому, что я заболела этим заболеванием. Например, ну, если кто-нибудь смотрел документальный фильм Стивена Фрайя “Безумная депрессия”. Ну, Стивен Фрай — это актер, который страдает маниакально-депрессивным психозом, и он снял документальный фильм. Он проводил что-то вроде исследования, ну, расследование, может быть, журналистское, что-то вроде такого. И он опрашивал очень-очень много людей, страдающих маниакально-депрессивным психозом. И он спрашивал и вот известных людей, он находил каких-то людей там со стороны, и он задавал им следующий вопрос: скажите, пожалуйста

ста, если бы вот... Ну, представим, что есть, допустим, кнопка, ну вот такая, если на нее нажать и отключить свою болезнь, чтобы ее не было вообще, вот нажали — и нет ее, Вы бы нажали? Вот из там очень большого количества опрошенных эту кнопку нажала бы только одна женщина, и то лишь по той причине, что у нее, скорее, было монополярное расстройство, у нее депрессия чередовалась с ремиссией, ее жутко мучили депрессии. Люди, у которых была эйфория и есть возможность ее возобновления, у них такое настроение вообще бывает приподнятое, никто никогда от своего диагноза, как правило, не отказывается, и я в том числе. — Лена, это очень важно — то, что Вы рассказываете. И, действительно, я понимаю, что Вы бы не отказались от своей болезни, да. Но вот поясните нам, пожалуйста, почему именно не отказались? Значит, выходит, что болезнь несет в себе что-то особенное, хорошее, даже чудесное, может быть, по временам? — Я могу сказать так: я бы не нажала кнопку, чтобы отключить болезнь. Но я предпочла бы, чтобы у меня был рычаг управления, которым для меня является, например, в данный момент психотерапия. Потому что в маниакально-депрессивном психозе есть на самом деле некоторые свои плюсы. То есть, например, человек, у него это яркие эмоции, если у тебя большой спектр эмоций, значит, ты можешь быть разным, интересным окружающим. У тебя могут быть разные интересы, ты можешь много где развиваться. Ты можешь что-то там писать, рисовать созвучное твоей душе, благодаря вот этим своим эмоциям. Но я бы хотела этим управлять, чтобы что-то, что мне нравится в этом, я сохраняла, а то, что мне не нравится, чтобы я училась это как-то скрывать, как-то, может быть, маскировать, убирать каким-то образом. Мне кажется, что это здорово, когда ты можешь радоваться так вот, без всякой причины просто быть счастливым, потому что ты имеешь на это право, и не искать для этого никаких поводов. Это даже речь не о маниакально-депрессивном психозе, так некоторые психологи говорят: позвольте себе быть счастливым просто так, не ищите для этого причин. Вот. Когда ты страдаешь маниакально-депрессивным психозом, у тебя просто это лучше получится, меньше ресурсов придется затрачивать. — Да, я с Вами согласен. Вы согласны со мной в том, что здоровые люди, да, нередко скучные? Как Вы думаете? — Марк Евгеньевич, а кто здоровый человек? (Смеется.) — Те, кто живут без диагнозов, те, кто не лежат в больнице, не лечатся у психиатров. — Но я могу сказать так, что... Ну, во-первых, есть такая интересная поговорка, что “нет здоровых, есть плохо обследованные”, начнем с этого. А, во-вторых, я слышала такую теорию, как-то некоторые, ну там не знаю, специалисты они или не специалисты там, околонаучные такие товарищи пишут о том, что, ну, в частности говоря о психиатрии, что очень много диагнозов, ну,

есть диагнозы, допустим, которые приняты в психиатрии, как психиатрический диагноз. А многие психические состояния просто психиатрией не признаются, как психическое заболевание. Я слышала, например, что когда-то было известно около 600 видов шизофрении. А официальная медицина сколько признает? — Ну, допустим, наверное, я думаю, не больше 20 видов там официально можно являться шизофреником, попасть вот под один из — Так к чему Вы всё это? — А к тому, что очень много больных людей на самом деле психически нездоровых... — Но не все же больные? — А как определить, Марк Евгеньевич? Ну, по симптоматике можно сказать, вот в учебнике написано, значит, диагноз. А, может, у него какой-то симптом, про который еще психиатрия не знает? Но у меня такое просто восприятие. — Но Вы же сами говорите, что “я не хочу избавляться от своей болезни”, “не хочу нажимать кнопку, которая выключит мою болезнь”. Значит, есть люди, которые живут без этой болезни? — А так помимо маниакально-депрессивного психоза куча заболеваний. — У них другие болезни? — Да. — Ну, хорошо. Лена, теперь вот хорошо бы еще Вы нам пояснили. Вы себя считаете “трансформером”, да? — Ой, Марк Евгеньевич! Я себя трансформером не считаю. — А как же? Вы так и написали. — Нет, я Вам написала рассказ. Понимаете, когда пишешь рассказ, можно писать, как бы основываясь на себе, и называть себя в рассказе трансформером, именно в рассказе, но в жизни... — А что же не написали, что это рассказ? — Но я думала, Вы догадаетесь, Марк Евгеньевич. — Да нет, Вы тут про себя всё пишете. — Ну, я не знаю. Нет, просто я пишу от первого лица в рассказе. Я не знаю, кучу произведений авторы пишут от первого лица там... — Ну, так трансформер ... или нет? — В рассказе? — Вообще в жизни? — В жизни я не трансформер, Марк Евгеньевич, я человек. — А кто такой трансформер? — А трансформер — это, знаете, такой вот робот такой игрушечный, у него там ручки гнутся, откручиваются, обратно одеваются. Это художественный образ — трансформер. Ну, конечно, я основывалась на себе, когда это писала. — Так что у Вас с ним общего? — Я же там написала, Вы же читали. — Вы написали: “думаю, что каждый трансформер меня поймет”. “Трансформер”, что это такое? Это же от преобразования, да? — Да. — Так. Так что такое “трансформер”? Но это же не трансформатор? — Нет. Ну, я поняла, наверное, о чем Вы хотите спросить. Вы, наверное, хотите спросить: что из вот этого художественного рассказа, какую здесь можно провести психологическую такую аллегория? — Что тут Ваше из этого рассказа? — Что тут мое? Образ трансформера, описанного в рассказе... Ну, вообще люди поймут, о чем мы говорим? — Конечно. — Вы читали уже? Ну, вообще рассказ о том, что, где я называю себя трансформером. Ну, наверное, немножко он такой в фантастичность уходит, где я

говорю о том, что как бы человек, когда его, ну, говоря о себе, как о человеке, человек, когда его разбирают по частям, допустим, он может страдать, он может там испытывать какие-то тяжелые травмы. Он может внутренне разрушаться, но всегда у него есть силы собраться, потому что он трансформер. Ну, потому что, тут я немножко касаюсь религиозного чувства, потому что Господь всегда дает силы человеку там для какого-то восстановления, что всегда у человека есть шанс подняться, как бы низко он так не упал, что бы он не испытал. Всегда, пока человек жив, всё возможно в его жизни, всегда можно всё преодолеть, нет ничего такого, с чем бы человек не мог справиться. Но как вот ресурсы всегда для этого присутствуют, другое дело, если человек ими не воспользуется — как-то я об этом не говорю. И никогда не из чего не нужно делать трагедию. — Да. А у Вас тоже бывает вот это чувство “разобранности”, как вот здесь у трансформера? И всегда знаете, что Вы непременно соберетесь? — Да. — И будете как новенькая? — Да. — А что значит вот это чувство “разобранности”? Кто Вас разбирает? — Ну, тут, скорее всего, нельзя говорить о чувстве “разобранности” в таком прямом понимании, как вот разобранность такая вот, когда ты не собранная. Здесь я, скорее всего, имею в виду то, что чувство “разобранности” — это когда ты находишься в каком-то, ну скажем так, критическом состоянии душевном. Может быть, переживаешь какую-то трудную ситуацию. Я тут, видите, с чего начинается: “Меня разбирали по частям: мои мысли, слова, поступки...” — Кто разобрал? — Ну, вешали ярлыки... Ну, кто разобрал? Ну, наверное, я пишу о том, как бы начинаю вести речь с того, как я заболела. Ну, потому что, допустим, как-то я акцентирую внимание, помимо всего прочего, на том, что когда ты заболеваешь, на тебя вешают ярлык психически больного... — Так разбирали все-таки психиатры? — Ну, психиатры там особо никого не разбирали, когда я попала в больницу. — А кто вешает ярлык? — Ярлыки чаще всего вешают в стационаре, к сожалению, младший медперсонал: санитарки, некоторые медсестры. Они лучше всех разбираются в диагнозах, лучшие врачей, как они сами утверждают, “мы вас знаем лучше докторов, они вам неправду говорят, а мы скажем только правду, и вы сумасшедшие, вы больные”. Вот. Ну, наверное, вот об этом я, в частности, говорю. — А “разобранность” тут где? Простите меня за непонятливость. Где разобранность? — Вы конкретно по тексту скажите. Какое Вам предложение непонятно? — Тут всюду написано, что вот “как бы меня не разбирали, а я всё равно как новенькая буду, всё равно соберусь обратно”. — Вам понятен смысл конкретного предложения, основываясь на общем смысле всего текста? В общем контексте Вам понятен смысл этого предложения отдельного? — Да, понятен. Мне только непонятно: “кто меня разбирает” и

“на какие части”? Написано: “...Меня разбирали по частям: все мои мысли, слова, поступки, вешали ярлыки”. Значит, мы теперь знаем, что это делали, как Вы говорите, санитарки, да? — *Да не только санитарки. Вообще в целом говорю о всей жизни, что люди часто вешают ярлыки, допустим.* — Да, “косились, обходили стороной, смеялись”. И “разбирали” в каком смысле? Говорили о Вас, называли какими-то словами какие-то Ваши переживания, какие-то Ваши вот расстройства, мысли, чувства или “разбирали” как-то иначе? — *Вы всё правильно поняли.* — “Разбирали”, в смысле исследовали? А почему слово “разбирали”, я вот чего не понимаю, почему тут слово “разбирали”? Просто “говорили про меня”? — *Но это потому, что красивое слово, более громкое, используемое в художественном рассказе. Ну, что такое?* — Ну, хорошо. “И как бы про меня не говорили, какая я ужасная — сегодня одна, завтра другая — а я всё равно почувствую себя самой собой через какое-то время, и это прекрасно”. — *Да.* — Хорошо.

Лена, понятно теперь. Я думаю, что есть вот эти психотические приступы. Состояния между приступами — это тоже не то, что можно назвать здоровьем. Но в то же время Вы со всем этим не хотели бы расстаться. Не хотели бы расстаться, потому что эта болезнь несет в себе и какую-то радость, что ли? — *Да.* — Какую-то радость. Скажите, а не страшно, что ведь действительно могли уйти из жизни? Это же так просто, и мы бы уже не сидели сейчас здесь? — *Не страшно.* — Не страшно, да? — *Нет.* — Потому что в этом всё-таки всегда звучало: и страшно, и что-то прекрасное, как Вы говорили? — *Нет. Потому что, если бы я ушла из жизни, то меня бы уже не было, и что бояться? Сейчас я здесь, и как-то я не знаю, что было бы. Ну, как-то какой смысл этому удивляться?* — Неизвестно, что лучше, так что ли? — *Ну, скорее всего, как... Какой смысл думать о смерти? Пока есть я — нет ее, придет она — меня не будет.* — Это да. Но сегодняшняя жизнь Вас хоть немного радует? — *Радует.* — Ведь ее могло не быть? — *Радует.* — Значит, было бы ужасно, если бы Вы ушли? — *Нет.* “В этой жизни умирать не ново, но и жить, конечно, не новей”. — Так, хорошо. Как действовали лекарства? — *Хорошо действовали.* — Это что значит “хорошо”? Благодарны Вы им за что-то? Вы же принимали самые разные лекарства. Вы и сейчас принимаете лекарства. Коллеги, я поясню. Я, кажется, этого не сказал. Что вот в таких случаях, как у Лены, психоневрологический диспансер, конечно же, продолжает Лену лечить лекарствами, всеми этими принятыми комбинациями и лекарственно за Лену отвечает полностью. Одновременно по направлению диспансера Лена получает у нас специальную психотерапевтическую помощь, к которой мы сейчас подходим. Для повышения душевного качества жизни.

И, наверное, Вы с этим согласны, что это происходит — повышение, посветление душевного качества

жизни? — *Да, согласна.* — Так всё-таки общее впечатление о лекарствах какое? — *Разнообразное.* — Вот что значит “разнообразное”? Что помогало и при каких расстройствах помогало? — *Ну, когда поступала в больницы, там первый раз, там в остром состоянии бывала, очень часто залечивали лекарствами, закармливали. Они очень глушили, ну, приходи интересные были, ничего сказать не могу. Ну, как-то чтобы они мне сделали легче, действительно чтобы я почувствовала, что мне как-то лучше, такое редко бывало. Когда мне стали уже отменять дозу, тогда стало совсем хорошо. А когда была высокая доза, они меня только грузили, и никакого удовольствия от них не чувствовала, скорее, только они меня грузили, грузили и никакого от них толка не было.* — Ну, какое же там удовольствие? Но лекарства работали? И потом Вы выходили из лекарственного лечения уже совсем в другом настроении, состоянии? — *Да. Но я могу сказать, что когда доза очень высокая в стационаре, очень неприятно себя под ней чувствуешь. Но она необходима, потому что иначе не уберешь плохое состояние.* — То есть, Вы согласны, что при психотике без лекарства не поможешь? — *Согласна.* — При психотическом приступе? — *Да. А когда уже выписывалась домой, мне дозу понижали вот до поддерживающей, и с ней было хорошо достаточно, потому что каких-то побочных эффектов я сильно особо не ощущала, ну, там за исключением такой легкой, такой вот, то что тебя глушат слегка. Но вообще, мне кажется, это было хорошо, что я принимала когда-то достаточно высокие дозы, потому что без них я бы и не выходила из стационара. Но потому что, когда не было лекарств в психиатрии, люди жили в психбольницах.* — Так. Теперь вот в таком состоянии как сейчас, в состоянии вне психотики, как лекарства действуют? — *Но я принимаю в день всего таблетку карбамазепина — полтаблетки утром, полтаблетки вечером. Как они действуют — я не знаю, потому что я, ну как-то можно... Я не знаю, у меня так вот спокойно и хорошо от карбамазепина или самой по себе? Каких-то побочных эффектов я не ощущаю совершенно.* — Так, а кроме карбамазепина Вы ничего не получаете? — *Ничего не принимаю.*

— Теперь, когда Вы пришли к нам, в нашу амбулаторию, в диспансер? Вспомните. — *Да, помню.* — Когда? — *В апреле этого года.* — В апреле этого года? Можно сказать, что что-то изменилось? Что-то изменилось в Вашем состоянии, в Вашей жизни? — *Да, разумеется.* — Вот что именно изменилось? — *Ну, во-первых, мне очень помогает, ну как вот, из групповой терапии мне очень помогает характерологическая терапия. То есть, когда ты узнаешь больше свой характер, именно свои там характерологические радикалы, которые проявляются, ты начинаешь принимать себя такой, какая ты есть, узнаешь свои личностные особенности, вот именно свои индивидуальные, которые тебя отличают, допустим,*

от десятков других полифонистов, которые тоже полифонисты, как и ты... — Так это внутри терапии творческим самовыражением? — Да. — Так. Расскажите, пожалуйста, как происходит это лечение и что именно Вам тут помогало и помогает? Не все знают, как это всё происходит. — Мне очень помогает, когда вот у Вас на занятиях мы приходим, садимся за стол, пьем чай, и нам показывают, например, картину. Ну, допустим, “Меланхолия” Дюрера. И Марк Евгеньевич, вот Вы нам рассказываете небольшую там историю об этой гравюре, которую Вы знаете: кто такой был Дюрер, говорили о том, что он страдал тяжелыми приступами меланхолии, что вот он отразил свое вот это состояние вот в этом произведении, в гравюре “Меланхолия”, что произведение, допустим, там, шедевр мирового искусства. А мы все сидим и пытаемся рассуждать: какой же характер был у Дюрера, чем он страдал, как лично нам созвучна эта картина или не созвучна, чем созвучна, чем помогает? И вот всё это анализируя, смотря на эти картины, лучше узнаешь себя и понимаешь, что, ну, во-первых, очень большую помощь чувствуешь тогда вот, душевно тебя поддерживает то, что когда ты смотришь на произведения великих художников, слышишь там рассказы великих писателей и узнаешь, что они тоже чем-то болели, это как-то несколько, с одной стороны, повышает самооценку, то есть, ты понимаешь, что психически больной человек — это не какой-то ущербный такой человек, ну как вот, допустим, нам навязывается, может быть, обществом когда-то навязывалось, а что действительно как-то это чего-то стоит, что ты ценен вообще, ты имеешь ценность. И, помогая тем, что ты понимаешь, что ты не одинок в своем состоянии, что очень много людей такое же переживают, но это действительно очень важно, потому что когда ты понимаешь, что ты такой не один, от этого как-то, ну, легче. А помогает тем, что, во-первых, ты смотришь на эти произведения, ты уже чувствуешь: что тебе созвучно, что не созвучно. Когда ты смотришь, ты можешь чувствовать, ну, от произведения искусства — неважно, это там картина или там литературное произведение — уже учишься там читать, смотря на что-то, как бы лечиться этим. То есть, ты черпаешь что-то для себя, что тебе окажет какую-то пользу, там облегчение принесет. — А какое отношение это имеет к лечению? Что это такое “созвучно”, “не созвучно”? Облегчение может наступить и в Третьяковской галерее. — Нет, в Третьяковской галерее там немножко по-другому. Вы именно учите нас, основываясь на картинах, понимать, что созвучно, а что нет. — А что это такое “созвучно”? Какой смысл в этом и как это может помогать? — Ну, созвучно, допустим, твоему характеру. Ну, допустим, скажем, есть человек с психастеническим радикалом, он смотрит на картину художника-психастеника. Скорее всего, это будет ему боль-

ше созвучно, в большей части. Но что-то, может быть, не созвучно, потому что у него индивидуальные особенности его, как психастеника, отличаются от индивидуальных особенностей того художника-психастеника. Человек с синтонным радикалом характера. Ему эта картина, может быть, совершенно не созвучна душевно, то есть он понимает, что “я другой”, “я не такой, как вот это”. И, основываясь на этом, человек уже лучше понимает и себя, то есть либо в противопоставлении, либо в сопоставлении, и лучше понимает окружающий мир, окружающих людей. Это очень, мне кажется, может быть, полезно для социализации, эта терапия для кого-то. Потому что когда ты общаешься с людьми, не зная, что за люди, какие люди перед тобой, что они из себя представляют, можно как-то совершенно что-то неправильно им говорить, как-то неважно, там могут происходить конфликты. А когда ты уже понимаешь, что у человека такой-то характер, уже видишь, у него такие-то особенности, с ним нужно так-то общаться, это помогает социализироваться. — Ну, а можно сказать, что это помогает больше, яснее, отчетливее чувствовать себя собой? — Да, конечно. — Это что такое? — Но это, скорее, помогает понимать, какая ты есть. — Какая ты есть? — Да. — Потому что без этого ведь часто в душе какая-то разорванность? — Да. Но я могу сказать так, что у меня в рассказе, который Вы вначале прочитали, там, ну что никто никогда не был с тобой знаком, и что, может быть, даже я сама с собой не была знакома. А эта терапия помогает знакомиться с собой. — Знакомиться с собой. — Потому что когда ты не чувствуешь себя собой, это, скорее всего, от того, что ты себя плохо знаешь. А когда ты начинаешь себя узнавать, знакомиться с собой, вот как с новым человеком знакомишься, также сама с собой знакомишься, узнаешь себя, и тогда уже чувствуешь себя собой, потому что ты уже знаешь, какая ты. Ну, вот я так понимаю. — По-ученому это называется “усматривать, определять, уточнять границы собственной личности”, да? — Да.

— Скажите, ну, а вот когда Вы к нам пришли, в нашу амбулаторию, Вы пришли к Инге Юрьевне, да? — Да. — К своему лечащему врачу. И с ней занимались индивидуально. Не только в наши группы ходили, но больше всего с ней. Так почувствовали Вы какую-то разницу в отношениях с Ингой Юрьевной и другими врачами, которых прежде знали? — Ну, вот как раз терапия у Инги Юрьевны, она оказывает неоценимую вообще помощь, именно лично она, как врач. Потому что такого контакта, который удалось установить с ней, но это большая редкость на самом деле, чтобы с врачом был такой контакт, такое полное доверие. Но я считаю, это и мастерство, как профессионала, и очень большую роль играют человеческие качества моего лечащего врача. А вообще индивидуальная терапия, она в принципе неоценима.

Это все знают, что индивидуальная терапия, она не имеет вообще никаких аналогов, потому что групповая терапия — это все-таки, ну, у нее свои там преимущества... Но индивидуальную терапию, ее ничто не заменит, и личный терапевт, как его труд, насколько он профессионально, талантливо выполняет свою работу, от этого в большинстве случаев зависит успех лечения... — Простите, что я Вас перебиваю, вот это и важно уточнить. Это же не случайно! Это такими отношениями отношения психотерапевтические при Ваших расстройствах, трудностях и должны быть? — Да. — Так что это за особые отношения? Как бы Вы сказали еще отчетливее? — Но я бы сказала, во-первых, ощущается полное доверие, безграничное к человеку. Полная уверенность в нем. Ну, в том, что как-то он там от чистого сердца тебе помогает, нет никаких в этом сомнений. Полная уверенность в человеке, как в специалисте, потому что видишь, что у нее действительно очень огромные знания, действительно это профессионал. И профессионалу такому не страшно доверить свое здоровье, потому что точно знаешь, что он знает, что делает. — То есть, чувствуете, понимаете, что Инга Юрьевна не равнодушна к Вашим переживаниям, сама переживает за Вас и подробно Вас понимает? — Да. — Так. Ну, а вот чем это отличается от отношений с подругой, например, с родственницей, с мамой? — Но это отличается... Отличается тем, что в отношении с психотерапевтом... Ну, когда ты общаешься с другом, ты можешь чем-то поделиться, да, что тебя беспокоит. Но задача друга, может быть, просто сказать тебе пару слов, там не переживай, от друга нельзя ничего больше требовать. И друг никогда тебе не скажет, как исправить ту ситуацию, в которой ты находишься. Даже если он скажет, то его лучше не слушать, потому что мало ли что он назовет. А психотерапевт — это тот человек, который, помимо такого дружеского понимания тебя, как человека, он еще профессионал, который знает, как тебе решить твою проблему. Он может тебе подсказать, ну, во-первых, поможет тебе грамотно осмыслить ту ситуацию, в которой ты находишься, свое состояние осмыслить. Потому что самой иногда тяжело идентифицировать, ну, то состояние или ту ситуацию, в которой находишься. И психотерапевт, он знает, что сказать человеку, как ему помочь самостоятельно справиться со своими трудностями. — Ну, а чем отличаются вот эти отношения от отношений с врачом, который лечит только лекарствами? Чем отличаются эти отношения, ну, что ли по духу своему? — Ну, отношения, ну, во-первых, мне кажется, нужно просто сказать о том, целесообразнее, чем вообще в принципе отличается психиатр от психотерапевта, ну, и тогда будет понятно, чем отличаются отношения... — А, психиатр от психотерапевта? — Да. — Психиатр-психофармакопсихотерапевт и психиатр-психотерапевт. — Да, да, да. Я вот гово-

рю про фармакопсихотерапевта. Ну, вот первый, он лечит только лекарствами, а лекарства они все от чего-то, они просто убирают симптоматику. А психотерапевт, он выполняет, ну вообще такие задачи выполняет, которые ни одно лекарство не способно выполнить, оно... Психотерапия помогает решать те проблемы, которые не в состоянии убрать лекарства. Например, если ты пьешь лекарства, ты можешь там стать менее депрессивным. Но ты от этого никогда не станешь более понимающим людей, мир, никогда от этого не научишься с кем-то общаться. Ты можешь перестать чувствовать себя плохо, но это никогда не... Вот, допустим, антидепрессанты, но ты от этого не будешь чувствовать себя хорошо в нормальном понимании. Можешь, конечно, заикалиться в эйфорию, но действительно хорошего состояния с пониманием себя и других не достигнешь. Психотерапия в этом отношении помогает. Ну, конечно, в основном, наверное, задача психотерапии, как она считается, это социализирование человека, узнавание мира, себя через мир, мир через себя. И лекарства, они никогда не дадут такого эффекта, который дает психотерапия. — Ну, хорошо. Но ... можно сказать, что Вы чувствуете, что психиатр-психотерапевт душевно неравнодушен к Вам? — Да, могу. — Что ему не всё равно, что с Вами? Что он испытывает к Вам симпатию, какую-то врачебную любовь? Вот это Вы чувствуете? — Да, это я чувствую, очень чувствую. — Другое дело, с какой-то внутренней врачебной дистанцией, да? Так, в том смысле, что, ну, трудно себе представить, чтобы пойти, допустим, куда-то в кино после беседы, да? — (Смеется.) Нет, не пойду. — И что эта дистанция нужна? Что она необходима... — Конечно, она необходима. — Для того чтобы стало лучше? — Да. — А в то же время, Инга Юрьевна тоже переживает? — Да. — Вы это её переживание чувствуете? — Да, чувствую. — Так это очень важно, это может быть, самое главное для нас. Это то, без чего невозможно другими психотерапевтическими способами помочь. Только на почве вот этого особого, как его называют с давних пор швейцарские психиатры, “особого эмоционального интимного контакта”. “Интимного” в том смысле, что души соприкасаются, да? — Да. — Ну, хорошо.

И вот теперь последнее. Я нашел в том, что Вы мне дали... Нашел, что пишет одна доктор, психотерапевт. Наверное, это можно прочесть? Потому что очень хорошо, важно для нас, психотерапевт пишет. — Да, прочитайте. Да, это... Вообще можно пару слов сказать? — Да, да. — Врач-психотерапевт, сотрудник дневного стационара ПБ № 13 Кожичкина Ольга Вячеславовна, это доктор, которая в свое время работала в 15-й больнице, она меня лечила, еще вот когда я только заболела. Со второго моего поступления вплоть до пятого, 4 раза, она была моим лечащим врачом. То есть, она застала еще те времена, когда только у меня возник этот диагноз. И мы вот по сей

день, ну давно уже я у нее не лечусь, но мы по сей день с ней общаемся, то есть мы поддерживаем контакт. Но тоже человек в свое время мне, наверное, помог, хотя тогда она меня лечила вот как психиатр, а как психотерапевт она меня не лечила, но мне кажется, ее комментарий очень интересен в том плане, что, ну, она не пишет о том, как именно я болела, то есть она об этом не говорит, но в принципе ее слова интересны тем, что она знает, о чем говорит, говоря лично обо мне. Потому что она меня очень хорошо знает, с детства, скажем так, с того момента, когда я заболела. — Да. Так вот, я и выбираю из того, что она написала, по-моему, самое главное: “Суть психотерапии состоит в том, чтобы всё время отслеживать, что действительно происходит, чтобы понимать и вовремя менять лечение. Искать ощущения в реальных событиях. В общении с людьми ценить свои реальные достижения и становиться действительно сильнее. Так и формируется тот самый “канат реального смысла”, который позволяет не провалиться в бессмысленную бездну или совсем улететь в свой выдуманный мир”.

Очень хорошо написала, да? Так, а что же это есть, вот этот “канат реального смысла”? Точнее, я хочу спросить: как его обрести, вот этот “канат реального смысла” сквозь всё бурление настроения, в котором можно, бог знает что натворить? — А, ну вот я могу сказать. Мы как раз об этом говорили с Ольгой Вячеславовной вместе. Нужно всегда... Ну, психотерапия, она учит видеть реальный мир, то есть, как всё происходит в действительности, как оно есть, абстрагируясь от своего эмоционального состояния. Ну, то есть люди как бы вот, ну вообще многие там, особенно те люди, которые страдают расстройствами настроения, они привыкли думать так: что вот мне хорошо — и действительно всё хорошо, а вот мне плохо — и всё на самом деле плохо. А на самом деле это не так. Настроение и эмоции могут обманывать человека. И когда ты находишься в каком-то эмоциональном состоянии, ты всегда должен уметь критически сравнивать: вот это мое настроение, а вот это реальность, и где вот несоответствие. И когда ты видишь реальную картину мира, ты уже можешь, видя ее, как-то стремиться к ней, как вот к точке, к которой ты стремишься, и, идя к ней, уходить от своего, может быть, какого-то там неадекватного эмоционального состояния. — Да. Но вот можно сказать, что чем больше, чем отчетливее чувствуешь себя самим собою, тем крепче этот “канат реального смысла”? Подумайте. Если же не согласны, так и скажите “не согласна”. — Да вот я думаю. Ну, отчасти, наверное, помогает. В том плане, что когда ты понимаешь, когда ты не то, что не чувствуешь себя собой, мне не очень нравится формулировка. Когда ты узнаешь себя, и ты себя знаешь, ты уже понимаешь: вот я в этом состоянии, что здесь от меня, а что здесь, допустим, от психотики? Я вот об

этом говорю. В этом плане помогает. Но, скорее всего... Но в этом плане помогает, да. — Но именно то, что чувствуешь себя собою, чем больше и отчетливее чувствуешь себя собою, тем крепче вот этот “канат реального смысла”? С этим согласны? — Ну, вот я согласна с тем, что Вы сказали. Но оттого, что ты чувствуешь сама себя собою, это не факт, что ты будешь весь мир окружающий чувствовать таким, какой он есть. — Это понятно. Это уже другие темы. А что помогает чувствовать себя собою? — Узнавание себя, когда ты узнаешь границы своей личности. — Вот то, о чем мы говорили? — Да. — Вот этот эмоциональный особый контакт с Ингой Юрьевной, да? Эти индивидуальные занятия в терапии творческим самовыражением, группы творческого самовыражения?.. — Вы знаете, я хотела бы просто вот сказать один такой момент, чтобы как-то, мне кажется, может быть, он важен на самом деле. В работе с Ингой Юрьевной самое главное то, что мне больше всего помогает, почему мне всегда становится очень хорошо и легко, после того как я с ней побеседую, если у меня какая-то проблема возникла, она помогает мне принимать себя. То есть, принимать себя такой, какая ты есть. Потому что даже если человек знает, какой он, он, может быть, всё равно собой не доволен, ему что-то не нравится, он не хочет себя таким принимать, он это вытесняет там, куда-то задувает. А психотерапия помогает вот всё, что в тебе есть, всё принимать и любить в себе это. Инга Юрьевна учит меня, отчасти уже научила и продолжает учить любить себя действительно. Когда я начала работать с Ингой Юрьевной, и вот по сей день это продолжается, я поняла, что я умею себя любить и мне есть за что себя любить. Я не просто узнала, какая я. Я узнала, что за это я имею право себя любить, что мне есть, за что себя любить. Я узнала какую-то свою ценность, и всегда это помогает себя принимать. Не просто чувствовать себя собою и знать себя, а именно принимать. Ведь это именно, наверное, самое главное вообще для любого человека — принимать себя таким, какой ты есть, любить себя. Это самое важное для всех. — Хорошо. Спасибо, Лена. Вы нам сегодня уже серьёзно помогли глубже понять наше дело. Надеюсь, и Вам это помогает.

ВОПРОСЫ К БОЛЬНОЙ

Ведущий. Пожалуйста, коллеги, прошу задавать вопросы.

Павлов И. С. Вы знаете, Вы очень хорошо всё говорите, очень хорошо образованны. Но Вы не затронули вопроса самого главного — это чувство ценности жизни. Что жизнь — это ценность. Вы знаете, у Вас должна образоваться аксиома. Вы знаете, что такое аксиома? — Да. Утверждение, которое не требует доказательства. — Да. Так вот, что жизнь —

это ценность — это аксиома. Вы верующая? — Да. — А Вы знаете, что такое грех? — Знаю. — Самый вышний грех какой? — Самоубийство. — Да. И Вы так безразлично говорите об этом. — Нет, я могу пояснить. Я говорила, скорее всего, о том, что было в прошлом. Но в последнее время у меня появилась ценность жизни. Наверное, ценность жизни у меня появилась, ну, скорее всего, вот как раз на основе примеров каких-то я стала узнавать, ну, как-то акцентировать свое внимание на людях, которые воевали, на людях, которые действительно, которым жизнью, которые знают цену жизни. И мне очень стыдно за то, что я не хотела жить. Мне в свое время очень помогла, вот буквально недавно мне помогло как бы вот противостоять вот этим мыслям суицидальным, я нашла фразу одного военного, но там как бы заголовок фразы, и там эта статья этому посвящена. Мне очень понравилась фраза, которая изо дня в день придает мне вообще силы, силу духа, там вообще как-то сильнее меня делает: “жизнь — война, а суицид — это дезертирство”. А ведь самое страшное — это быть дезертиром. Потому что если воспринимаешь себя — неважно, кто ты — солдат, не солдат в мирное время, не в мирное живешь, даже на своем месте, если я воспринимаю себя как какого-то, скажем так, бойца, но все мы в принципе в жизни за что-то боремся, как бы жизнь — это не мед и не сахар, на самом деле это заблуждение, и если ты воспринимаешь жизнь как войну, ну, в таком понимании, и ни за что не хочешь быть предателем и дезертиром, не хочешь предавать Бога, то это очень помогает жить. Вот эта установка: “жизнь — это война, а суицид — это дезертирство”, она придает мне сил. И от этого я чувствую ценность жизни.

— И еще один вопрос. Вы не задумывались о том: жить для себя и жить для других? — Я хочу жить и для других, и для себя — для всех.

Вопрос. У меня два вопроса. Вот когда Вы скрывали и сказали, что я делала вид, что всё хорошо, всё классно, что никто даже не догадался, Вы теоретически вот сейчас можете представить, ну хоть один человек был, кому бы Вы теоретически доверились? Может быть, психотерапевту? Хоть какая-то у нас была надежда. Могли бы поделиться...? — Тогда или сейчас, если бы это появилось? — Первый вопрос — тогда. А второй вопрос: если сейчас вдруг будет рецидив? — Тогда ни за что бы не поделилась. — Никому на свете, да? — Нет. — Ни психотерапевту, ни — Нет. Я бы даже к нему и не пошла бы. А сейчас точно бы поделилась. Потому что я понимаю сейчас, что мысли о самоубийстве — это признак плохого состояния, и они всё равно пройдут. И даже если они возникли, нужно, преодолевая себя, может быть через силу, нужно обязательно идти к доктору, нужно идти к людям, которые могут тебя понять, то есть к самым близким. У меня есть такие люди, которые всегда выслушают, поймут. И всегда, когда это воз-

никает, никогда не нужно молчать, всегда нужно подняться, прийти и сказать. Это самое главное. Это первый шаг к тому, чтобы не совершить самого рокового вообще бесполезного действия. Чтобы предотвратить трагедию, самое главное — это сказать. — А родились у Вас какие-то советы, может быть, родственникам вот про себя ту, которую ничто и никто тогда не мог бы остановить? Вот что могут делать родственники? — Но, мне кажется, что можно посоветовать в такой ситуации? Ну, во-первых, мне кажется, родственники в принципе всё правильно сделали, так как отправили меня куда следует. А вообще, чтобы это предотвратить, но предотвратить это же, ну, предотвратить, может быть, Вы говорите предотвратить попытку самоубийства, Вы об этом? Но я не знаю. Может быть, можно, конечно, рассуждать о том, что нужно быть более внимательным к людям, которые рядом с тобой находятся. Потому что, как правило, родители и люди вокруг начинают обращать на тебя внимание тогда, когда уже знают, что ты болен. А никому не приходится в голову, что люди до какого-то момента были здоровые, а потом только заболели. И все люди, когда слышат о каких-то там страшных психических диагнозах, там вообще о тяжелых диагнозах, они думают: ну, вот это там у них в семье, а меня не коснется. Мне кажется, задача каждого родителя — всегда быть внимательным к своему ребенку и всегда понимать, что может это тебя коснуться. Мне кажется, нужно просто быть более внимательным к людям, которые тебя окружают. Спрашивать вообще как-то, что он чувствует. Потому что, ну когда у тебя есть ребенок, самое важное, чтобы с ребенком был максимальный контакт. Потому что если есть максимальное доверие, скорее всего, он чем-то поделится. У меня, к сожалению, с мамой нет и не было доверительного контакта, с ней я точно не могла ни о чем говорить. Ну, вот. А она и не видела ничего. Она увидела тогда, когда уже всё было ясно, уже вот совсем. А так, ей в принципе было всё равно, она никогда не обращала особого внимания, она занималась своими делами, я занималась своими. Ну, в принципе, как и сейчас это происходит. — Сейчас не налачился контакт, после психотерапии? — Ну, сейчас, скорее, у меня, скажем так, я больше ей начала интересоваться. Потому что как-то, ну, у меня есть интерес к психотерапии, я хочу маме в чем-то помогать. То есть, там я выслушиваю ее проблемы какие-то там, рассказываю ей что-то, если ей там интересно что-то там про нее рассказать. Но доверия к маме я не чувствую никакого, потому что в принципе, если ей что-то начать рассказывать, она сразу говорит, что это у меня психиатрия во мне разыграла. И, может быть, скорую тебе вызвать или, может быть, тебе укольчик вколоть, или позвони Инге Юрьевне, там или психологу. Она не хочет на себя брать никакой ответственности за меня, потому что я психи-

чески больной человек и со мной должны общаться профессионалы, это не ее работа. — Спасибо.

Ведущий. Так, спасибо. Пожалуйста, есть еще вопросы? Пожалуйста.

Савенко Ю. С. Лена, как Вы оцениваете нынешнее свое состояние — это подъем или полный выход? — *Ослабленная симптоматика. Но вообще, Вы знаете, мне сложно сказать, потому что как я могу сама про себя что-то сказать? Например, врач одна мне говорила, которая раньше там когда-то со мной работала, психотерапевт, еще до Инги Юрьевны, она говорила, что мое естественное состояние здоровое, вот как я по характеру, да, без психотики, я сама немножко такая вот навеселе немножко, такая вот живая, с юмором. Она говорит, ты сама по себе такая. Поэтому вот тут отделять мне иногда почему и сложно. Почему, наверное, я сразу не поняла, что у меня началась эйфория, потому что я всегда была веселая и жизнерадостная. И отличать вот эту обычную свою естественную жизнерадостность, веселость от вот уже мании было достаточно тяжело. Потому что, наверное, человек, который он такой спокойный, задумчивый и, может быть, слегка скучноватый, он быстрее поймет, что у него эйфория, чем тот, который в принципе сам по себе такой вот веселенький. Ну, мне кажется, так. Но вот, а если говорить о сегодняшнем состоянии, мне опять же сложно сказать. Я не знаю, то ли это я в своем естественном состоянии, как обычно, то ли, может быть, сюда еще примешалось вот чуть-чуть ослабленной такой вот мании. Но если она и присутствует, то ее очень и очень мало, она очень ослабленная.*

Меркин А. Г. Скажите, пожалуйста, Вы всё время говорите психотика, психотика. Пример какой-нибудь? — *Я же уже приводила пример. — Вот история с Маяковским, что это за история? — А, Вы имеете в виду, из истории пример психотики привести? — Вот Вы выпили таблетки, потому что Вам Маяковский сказал. Было такое? — Не было такого. А, я поняла, о чем Вы говорите. Я Вам сейчас объясню. Я когда в реанимации очнулась, ну, я решила с собой покончить, потому что, ну, как-то вот расстройство у меня было душевное, как-то жить мне особо не хотелось, казалось, что я не должна жить, сама для себя так решила. И когда я очнулась в реанимации, я только в реанимации вообще поняла, что я в реанимации, что меня, оказывается, откачали, и я не умерла. И я была жутко зла на всех врачей за то, что меня откачали, и я ругалась. И у меня такое состояние, у меня гневливость такая была, с таким вот, Вы знаете, с цинизмом и сарказмом всё это смешивалось. И мы ехали в скорой помощи с доктором, и мне как-то в голову пришла идея наврать доктору, вообще посмеяться над ним про себя так. Ну, он уже начал интересоваться, вообще лезть не в свое дело: “А почему ты решила покончить с собой? А вроде такая умная девочка. Вроде читаешь философию”, — но это я ему*

что-то рассказывала. Мама говорит: она там стихи пишет, она там что-то знает. Меня начало всё это раздражать. Я говорю: да вот, я и поэтов очень люблю. У меня друзья есть. Мама, вот подвинься, тут Марина сидит. Марина Цветаева сидела, Мариночка Цветаева, я вот, ну, как-то так шутила над врачами, Володя Маяковский и Сережа Есенин. А они здесь сидят, вот они мне сказали: ты к нам приходи, вот мы там все с собой покончили и тебе пора, ты такая же гениальная. Но на самом деле я так не думала, это я просто шутила так над доктором. — Хорошо. Скажите, пожалуйста, может быть, голоса какие-то были? Были вообще в принципе? — Мой голос слышала, голос мамы слышала. Вот Марк Евгеньевич только что говорил, Вы сейчас говорите. — Хорошо. Скажите, пожалуйста, наркотики принимали когда-нибудь? Вот Вы сказали, что от лекарств “приход”. От наркотиков? — Конечно, принимала. Мне в больнице и аминазин давали, и феназепам. — Это не наркотики. А наркотики какие? — О, нет, еще не пробовала. (Смеется.)

А, кстати. Извините, перебиваю. У меня к доктору уточнить вопрос: Вы алкоголь относите к наркотическим веществам? — А Вы какой любите? — Но я не люблю, но я в принципе пробовала. Вы же спрашиваете: пробовала ли я наркотики? Вот алкоголь я пробовала. — А откуда знаете про “приход” тогда? — А про “приход”... Ну, у меня же молодой человек был наркоман. Откуда я знаю про “приход”? Сама не пробовала. Я наблюдала со стороны, как это выглядит.

Павлов И. С. Вопрос: роль настроения в жизни человека? — *Роль настроения в жизни человека? Настроение помогает человеку работать, приносит блага другим людям. Если у человека хорошее настроение, значит, он работоспособный, он всё делает для других. Когда он всё делает для других и хорошо работает, у него от этого настроение повышается. А как только человек начинает думать о себе, становится эгоистом, он не получает себе подкрепления для положительных эмоций, начинает грустить и возникает депрессия.*

Ведущий. Я хотел напомнить Вам, Лена: пятый курс филологического факультета. Что будет потом? — *Сейчас курсы массажиста заканчиваю, Марк Евгеньевич. — Но закончите филологический факультет, будете работать массажистом? — Да, хочу вот сейчас массажистом работать. У меня через две недели заканчивается курс обучения. — Ну, а филологический факультет? Вы же его закончите? — Да, для души будет, как хобби, журналистская деятельность. — А что, журналистом все-таки хочется работать? — Раз в месяц что-нибудь писать. Да, куда-нибудь, в какое-нибудь издание. — Но всей душой? — Да. Но, может быть, поступлю... Хочу дальше учиться после института. Еще не решила: либо пойду на второе высшее на психолога, либо... Но, так как*

я уже учусь на массажиста, получу среднее медицинское образование, чтобы как-то вот быть более ценным специалистом. Все-таки массажист с медобразованием, он больше ценится, чем без медобразования. — Ну, и, наверное, хотите быть ближе к психотерапии, да? — *Да, конечно.* — Так, всё, уважаемые коллеги. Мы благодарим Лену. Благодарим за бесценную нашу беседу и отпускаем Вас. Спасибо. До встречи! — *Всё. Спасибо. До свидания!*

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. Я скажу только несколько еще слов по поводу психологического обследования. Психолог не нашла серьезных нарушений мышления, только латентные признаки. Память хорошая, но внимание, конечно, колебалось в ходе беседы, но она активно принимала помощь и подсказки.

Заключение. У больной наследственность с суицидальной отягощенностью. Родилась в затыжных родах со стимуляцией. Не могла адаптироваться в детском саду. Перенесла краснуху, ветряную оспу, диатез, были частые ОРВИ. С детства до 12 лет больная была замкнутой, необщительной, играла сама в театр. Потом с 8 лет стала заметно активнее, стала хорошо справляться с уроками, избирательно вступать в контакт с детьми. Но подруги появились только с 12 лет. По мере формирования характера в нем явно проступали истероидные черты. Любила быть в центре внимания. С 13 лет стала остро чувствовать, что постепенно меняется. Иногда хотелось побыть одной, наедине со своими мыслями, но долго быть в одиночестве не могла. Заболела примерно в 14 лет. Сначала отмечалась эйфория, а затем гневливость в сочетании с подавленностью, своеобразное смешанное состояние с суицидальными мыслями: “чувствовала тоску и в то же время так замечательно на душе, что могу себя свободно вести со всеми”. В 15 лет пыталась совершить суицидальную попытку под влиянием психотравмы. Также отмечались, по всей видимости, парафренические включения. Через непродолжительное время после выписки из психиатрической больницы больная нанесла себе порезы на предплечье. Но тоже, по-видимому, вследствие психогенной причины, она не хочет говорить об этом. Ее аффективное состояние резко менялось. Высказывала бредаподобные идеи, возникали суицидальные мысли, наглоталась таблеток димедрола. После стационарного лечения наблюдалось улучшение. Однако в результате сильного испуга у больной появились шум в голове, эпизодически голоса. После лечения в ПБ через 8 месяцев состояние больной постепенно ухудшилось в результате смены терапии. Предприняла суицидальную попытку. В дальнейшем больная намеренно попадала в ПБ, “так как дома становилось скучно, а в больнице всегда есть с кем пообщаться”. В конце января 2008 года в 19 лет у больной после психотравмирующей ситуа-

ции появилась бессонница, плаксивость, колебания фона настроения: “то хотела назло всем стать проституткой, то чувствовала себя актрисой”. Затем после терапии в ПБ состояние больной было подвержено колебаниям с преобладанием повышенного фона настроения, и продолжающимся возникновением суицидальных мыслей. Но после обращения на кафедру психотерапии состояние значительно улучшилось. Она научилась лучше оценивать свое состояние и контролировать его с помощью лечащего врача, иногда и самостоятельно определенными препаратами. Больная осознает, что бывают подъемы настроения, смешанные состояния, приступы дисфории, когда не всегда может себя контролировать. Говорит, что “при тревоге бывает чувство, что хочется убежать от себя”. Елена обнаруживает личностную сложность, душевную утонченность, образованность, начитанность, интерес к духовной культуре, склонность к разнообразным творческим занятиям, которые помогают ей бороться с болезнью. Ведет аналитический художественный дневник, отчетливо понимает разницу между арт-терапией и терапией творческим самовыражением. Подрабатывает журналистом, пишет статьи для журнала, сайтов, является внештатным сотрудником газеты “Нить Ариадны”, пишет стихи.

Подводя итоги, для постановки клинического диагноза, необходимо провести дифференциальную диагностику между смешанным типом шизоаффективного расстройства, атипичным маниакально-депрессивным психозом и циркулярной шизофренией.

О диагнозе атипичного МДП или смешанного типа биполярного аффективного расстройства по МКБ-10 заставляет думать наличие биполярной смены фаз подъемов и спадов настроения, характерная суточная ритмика с утренними ухудшениями в периоды фаз спада настроения, наличие быстро альтернирующих субдепрессивных и маниакальных эпизодов за короткое время пребывания в больнице, а также смешанный характер структуры аффективности как фаз подъема, так и фаз спада, соприсутствие противоположной симптоматики достаточно длительное время, наличие у больной суицидальных мыслей и в гипоманиакальном состоянии.

О смешанном типе шизоаффективного расстройства обычно думают, когда в структуре описанных выше смешанных аффективных фаз обнаруживаются и шизофренические симптомы, которые присутствуют только эпизодически, вкраплениями, подчас только по несколько дней, но окрашены, как правило, в соответствии с текущей аффективной фазой. У нашей больной такими вкраплениями были голоса в январе 2005 года. Зима и осень — время ее обычных сезонных обострений.

Наконец, за диагноз циркулярной шизофрении говорит характерное чувство измененности, остро пережитое ею в 14-летнем возрасте, отчужденное крити-

ческое отношение к матери, с которой никогда не делилась своими переживаниями. Отмеченные при психологическом исследовании: утрата целенаправленности мышления, нелепые суждения, характерная вычурность и парадоксальность поведения. Например, самодеятельное поступление в психиатрическую больницу посредством истерик, фактическая амбивалентность чувств в общении в истероидной форме, высказывая суицидальные мысли на субдепрессивном фоне, тут же громко смеется и кокетничает. Конечно, в 23 года рано ожидать более выраженной гипобулической симптоматики. Но массивный истерический фон неестественно гиперболический и не носит равномерного характера. Нельзя также не обратить внимания, что во время многочисленных стационаров больной помогала активная антипсихотическая терапия галоперидолом.

Сказанное позволяет склониться к диагнозу циркулярной шизофрении, что является, согласно МКБ-10, альтернативой смешанного типа шизоаффективного расстройства, так как МКБ-10 отождествляет эти диагнозы.

Ведущий. Спасибо. Пожалуйста, Сергей Юрьевич, еще раз диагноз свой повторите отчетливо. — *Диагноз: циркулярная шизофрения. А по МКБ получается шизоаффективное расстройство, смешанный тип.*

— Спасибо, Сергей Юрьевич. Коллеги, теперь выступления.

Прошу, Дмитрий Альбертович.

Пуляткин Д. А. Я просто хотел бы небольшую ремарку. Мне понятно желание Марка Евгеньевича подчеркнуть особое значение психотерапии в нормализации состояния у данной пациентки. Однако учитывая все-таки наличие смешанного аффекта, достаточно хороший интеллект, истероформный фасад и, в общем-то, выраженные изменения личности, она достаточно выхолощена, с моей точки зрения. Мы все как-то связаны какими-то невидимыми нитями с окружающими нас людьми — кого-то мы радуем, кого-то огорчаем. Вот здесь это совершенно не прозвучало, такое ощущение, что это такая интеллектуальная говорящая машина, которая рассказывает о состояниях, отвечает на вопросы, философствует, мудрствует и так далее. А учитывая всё это в совокупности, я думаю, что если и говорить о положительном влиянии психотерапии, притом что больная всё это время продолжает принимать поддерживающую терапию, критерии влияния психотерапии здесь должны быть иными. А именно, более редкие стационарирования, меньшая тяжесть состояний, в которых она попадает в стационар при первичном осмотре, меньшие дозы лекарств, которые ей назначаются и которые ее удерживают от срывов и так далее. Социализация, если хотите, да? То есть, не пописывание статьи для души себе в угоду раз в месяц, а может быть и в два, а может быть и в три. Да это не социализация, это убогое су-

ществование, вообще говоря, и полная деградация. Вот.

А вот если бы эти критерии удалось доказать, то тогда смысл психотерапевтической работы с подобными пациентками вырисовывался достаточно отчетливо. Я этого реально не увидел. То есть, я увидел душевно больную, которая периодически стационарируется, и нуждается, несомненно для меня, в постоянном приеме поддерживающей терапии. И при всём при этом, в общем-то, мы ни от чего не застрахованы и в дальнейшем. То, что она подтверждает, что “я заглянула в свою душу, поняла, что стала лучше понимать себя, что психотерапевт сочувствует, лучше понимает мое состояние” — это всё слова.

Ведущий. Спасибо. Пожалуйста, коллеги, кто хотел бы еще выступить?

Меркин А. Г. Хотел бы согласиться в целом с мнением Дмитрия Альбертовича. Единственное, что тут хотелось бы добавить, что диагноз мне представляется как малопрогрессирующая шизофрения, истероподобная. У меня вызывает сомнение то, что у нее были когда-то какие-то голоса. По-моему, у нее психотических эпизодов не было. Всё, что квалифицируется как эти психотические состояния и то, что она сама называет психотикой, мне тоже не совсем понятно, потому что она как-то это не раскрыла. То, что она называет голосами, на самом деле это истероподобные фантазмы, истероподобное фантазирование. И что еще бы тут хотелось добавить — она, конечно, сама мертвоватая, холодная, застывшая. То есть, это всё то, о чем говорил Дмитрий Альбертович. Она сидит такая снежная королева, замерзшая совершенно. Ну, и последнее, я специально за ней записал, по-моему, это очень важно, вот то, что она говорила о психотерапии — “не как средство излечения”, — то есть, она это понимает, а “как рычаг управления симптоматикой”. То есть, это опять же элементы манипулирования. И она хочет выучиться на психолога, возможно, тоже именно с этой целью, психотерапия как рычаг, для управления чем-то или кем-то. Ну, вот, собственно говоря, небольшая ремарка. Спасибо.

Ведущий. Спасибо. Пожалуйста, Игорь Степанович.

Павлов И. С. Ну, во-первых, я хочу сказать, что это не выхолощенность, это своеобразный аутизм при аффективных расстройствах, это отгороженность. Она не очень допускает в свой внутренний мир, она интерпретирует, но эмоционально, это выглядит не совсем так. Она все-таки сопереживает. Это гиперкомпенсация, я ясно это вижу, у нее гиперкомпенсацию.

Здесь важен чем этот случай? Мы увидели, что даже при эндогенных заболеваниях идут два процесса — это развитие болезни, симптомы и синдромы, но есть еще и экзистенция — жизнь человека. И она очень хорошо продемонстрировала жизнь человека. Это своеобразная жизнь — не такая уж скудная, не такая уж бедная, они своеобразно внутренне живут.

Вообще принцип живого мы не учитываем. Мы слушаем больного, выявляем симптомы и синдромы, но не видим и не чувствуем, что он живой — он страдает, он мучается. При всей ее, казалось бы, такой зашоренности, своеобразной аутичности она живет, она страдает, она мучается, она радуется. Вот как раз, прежде всего, экзистенция человека. И это очень важно — его жизнедеятельность.

И здесь лечащий врач — Инга Юрьевна всё возможное сделала, у нее есть контакт, есть доверие, она ей звонит. И как раз это очень прозвучало. И медикаментозно мы воздействуем на симптомы и синдромы, к сожалению, только лишь. А вот психотерапия, она воздействует на экзистенцию, на жизнь, она вытаскивает человека из болезни, но и действует на симптомы и синдромы.

Я благодарен этому случаю, очень положительный и показательный, как раз моменты такие были, которые дают, помогают больному жить. И она поэтому так и уцепилась к нам. Она очень критична. Если бы ей это не помогало, она бы сюда не пришла. Но она уважает лечащего врача и психотерапию, и ходит. Это действительно так. И психотерапию нужно сочетать, и нейрорепетики, и антидепрессанты, и нейропротекторы. Комплексное воздействие. Закон медицины — по всем параметрам помогать. Закон реанимации — спасти до последнего, до последнего вдоха.

Ведущий. Спасибо.

Так, есть еще желающие выступить? Нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тогда придется заключать.

Хотелось бы, прежде всего, отметить, что доклад клинически выразителен, наполнен важными для нас деталями, клиническим размышлением. Думаю, мы должны поблагодарить Сергея Юрьевича за доклад, который помог нам клинически-жизненно представить Лену ещё до беседы с ней.

Ну, случай из большой психиатрии и, думается, из психотерапии в большой психиатрии. Сергей Юрьевич говорит о циркулярной шизофрении. Думаю, можно поставить и такой диагноз. По МКБ-10 это, в сущности, смешанный тип шизоаффективного расстройства, при котором обычно человек выздоравливает без заметного дефекта. Серьёзно смущает в этом отношении то, что Лена уже давно больна практически без перерывов, не выздоравливает, как сама это считает. И, наконец, обнаруживает явный грубоватый шизофренический дефект. Таким образом, исходя из международной классификации, скорее тут шубообразная шизофрения с преобладанием аффективных расстройств, близкая по клинике к юношеской злокачественной непрерывно текущей шизофрении. Главное, налицо дефект, о котором многие выступавшие говорили. Шубы приносят с собою дефект. Дефект

выражается, прежде всего, в грубовато-тонкой не критичности, которую мы тут воочию видели. Дефект выражается вообще в несколько уплощённом психическом статусе Лены. Согласен с, по-моему, точным клиническим образом Дмитрия Альбертовича: «интеллектуально-говорящая машина». Действительно, Лена формальна при всём своём душевном богатстве. Это такая веселая грубоватая и в то же время поэтическая формальность. Нет живого движения души, живого участия в беседе, есть душевная разлаженность. Говорит очень интересно, но противоречит сама себе. По временам говорит книжно, как бы иронизируя над нами, или говорит, как принято, теряя свою оригинальность. Гипомимичное круглое лицо и вдруг тонкие глубокие мысли о психотерапии, о границах человеческого «я». Тонкие психологические наблюдения, высказывания о медсёстрах, санитарках, о маме, о некоторых психиатрах, не способных понять, почувствовать духовную бездну её внутреннего мира. Вот сегодняшнее её постпсихотическое состояние, в котором смягчённые элементы шуба, духовные сложные тонкости и грубоватый не критичный задор. Да, дефект — это прореха, которая, прежде всего, обнаруживает себя грубоватой не критичностью. Но шубообразная шизофрения вне шуба со своей мягко бурлящей психопатоподобной и неврозоподобной аффективностью, — показание к психотерапии. Именно при шубообразной шизофрении с аффективными расстройствами, со смягчённым бурлением смешанного аффекта после острой психотики человек страдает, пусть расщепленно-разлаженно, но страдает, мучается изматывающим смешением подъёма и спада, хотя и говорит, что не хочет расставаться со своей болезнью, что болеть ему даже по временам весело. Но все равно мы видим — страдает и пытается уйти из жизни (может быть, не только во время шуба) — и не один раз. Именно вот это разлаженно-тягостное бурление аффективное на почве дефекта и требует особой психотерапии. Тем более, что психотропные препараты действуют здесь не так уж выразительно в межшубное время. В шубе, да, она сама согласна, что нужно непременно лечиться психотропными препаратами как следует, и инъекциями, а то такое чувство, что вообще это остропсихотическое состояние не пройдет, и «я тогда навсегда останусь в психиатрической больнице». Но вне шуба лекарственное лечение, если это не сегодняшнее сравнительно скромное лекарственное лечение, нередко вызывает или углубляет деперсонализацию, от которой так тягостно: Лена не чувствует себя собою, жизнь теряет смысл, потому что не прорывается радость, поэтическая эйфория. За бравадой мучает страдание разлаженности, бессмысленности. Сегодня, думаю, не так важно, насколько серьёзно в реабилитационном отношении и насколько надолго Лене может помочь наша особенная психотерапия. Важно, что она ей несомненно способна помочь. И как психологически тонко Лена рас-

сказывает, как она в нашей психотерапии “узнаёт” себя всё отчетливее. Да и времени прошло не так много. Лена пришла к нам в апреле сего года. И за это время, кстати, не побывала в психиатрической больнице. И за это время, острая психотика не прорывалась, не проклёвывалась. А ведь каждый год Лена лечилась в психиатрической больнице. Но не в этом сейчас дело. А в том, как по-своему тонко психологически рассказывает Лена о созвучии, несозвучии с картинами художников, как вдохновляет её творчество больных художников, как увереннее чувствует она себя среди них, как важно ей знать-чувствовать характерологические радикалы, как важен особый психотерапевтический контакт с Ингой Юрьевой, как отчетливо поняла в процессе психотерапии, что могут лекарства и что может только психотерапия, как всё-таки изменилось, тьфу-тьфу, её отношение к суициду. Да, она по-прежнему грубовато-весело мучается от своей аффективно-мыслительной разлаженности, но лечебное творчество уже помогает ей “узнавать” (её словом) себя и других, эмоционально ориентироваться в жизни, помогает сквозь её творческий дефект. Разве это не философски-творческое переживание-боль: как же я умру и не буду знать, что будет через тысячу лет.

С подросткового возраста наплывала, судя по ее описаниям, мучительная неспособность чувствовать жизнь. В 14 с половиной лет пришел остропсихотический приступ. Аффективно смешанное остропсихотическое расстройство: комок боли, о котором она рассказывала, о котором она пишет — “комки боли и изматывающая эйфория”. Этот “комки боли” прикрывает бравадой, “чтобы он не был замечен другим людям”. И люди, видя ее веселую, удивлялись потом, как это она так всерьёз пыталась покончить с собой? В первом шубе были и парафренические мотивы. Лена говорила о том, что всё приобретало особое значение, она казалась себе всемогущей. Шубы описаны в историях болезни. Сергей Юрьевич собрал выписки из больничных историй болезни. Не вызывает, по-моему, сомнения то, что это именно шубы, приступы, сдвигающие личность к дефекту. Психотропные препараты гасили острую психотику. Лена благодарна психотропным препаратам за эту помощь. А что между шубами? Между шубами симптоматика вот такая вот размазанная с дефектом. Лена отметила, что, по сути дела, испытывает те же расстройства душевные между шубами, что и в шубе, что и в острой психотике, но в смягченном виде. Т.е., это мягкие смешанные аффективные расстройства и психопатоподобность с неврозоподобностью. Это есть неполная ремиссия со стабильным дефектом. Это не есть интермиссия — остановка процесса, как это случается при приступообразной, рекуррентной шизофрении (шизоаффективное расстройство). Процесс и после шуба продолжает протекать, но сравнительно мягко.

Шуб — по-немецки сдвиг, сдвиг личности в двойном смысле. Первый смысл состоит в том, что в шубе

человек перестает быть самим собою, как Лена это называет, “перестает контролировать себя”, не понимает острую психотику, как болезненное, не понимает, что не может контролировать себя. Вообще не понимает то, что она понимает потом, когда выходит из острой психотики. И понимает, что этого в шубе не понимает. Это верный признак шуба, вообще остропсихотического состояния, — будь то шуб, будь это приступ рекуррентной шизофрении (шизоаффективного расстройства). И второй смысл шуба выражается в том, что после шуба, больше-меньше, сдвигается личность. Если при рекуррентной, достаточно редко встречающейся, приступообразной шизофрении, при шизоаффективном расстройстве, как теперь это часто называется, подлинного (грубого) дефекта практически нет, потому что процесс останавливается после остропсихотического взрыва, и говорят об интермиссии, то здесь налицо дефект, ремиссия и даже неполная.

Так вот Лена и жила, и живет сейчас с шубами и постпсихотическими, послешубными состояниями. Но большую часть жизни, конечно, живёт вне шуба. О каком лечении тут можно говорить? Конечно, это, прежде всего, лекарственное лечение. Прежде всего, известное, принятое в стандартах, лечение во время шуба, дабы погасить остропсихотическую симптоматику. И поддерживающие дозы лекарств в постпсихотическом состоянии, которые смягчают психопатоподобную, неврозоподобную и мягко аффективную смешанную симптоматику, по возможности предупреждая новые шубы.

Психотерапия. Именно шубообразным пациентам, которые являются, в отличие от пациентов кататонических, гебефренических, пациентов с классической параноидной шизофренией, эмоциональными пациентами, которые сравнительно живо, хотя и уплощённо, переживают в своей разлаженности, показана особая психотерапия. Пусть расщепленно, разлаженно, но они переживают и мучаются, как бы Лена ни говорила, что не мучается. В другой раз она сказала, что мучилась. Скажет и художественно-выразительно напишет, что это мучительно. Ну, уж такой разлад, уж такой творческий дефект.

Прежде всего, показана тут психотерапия духовной культурой, в том числе терапия творческим самовыражением в нашем духе. Особенно эта терапия показана там, где в постпсихотическом состоянии обнаруживается достаточно отчетливое, сложное переживание своей неполноценности (дефензивности). Это тема диссертации Инги Юрьевны Калмыковой, диссертации о терапии творческим самовыражением при шубообразной шизофрении вне шуба. У Лены эта дефензивность скрыта. Всё время Лена, с тех пор, как мы ее знаем, с апреля сего года, и, судя по сообщениям из диспансера по месту жительства, пребывает, во всяком случае, в состоянии внешней эйфории, и только в приступе могут возникать тяжелые мучительные

депрессии. Эта эйфория бывает “изматывающей”, как Лена называет ее, но она создает такое впечатление, что переживания своей неполноценности как будто бы и нет никакого. На самом деле, внутренне, хотя и расщепленно, дефензивность “точит” Лену. Терапия творческим самовыражением (индивидуально и в группах), личностная задушевная работа с Ингой Юрьевной, прежде всего, помогает Лене *устроиться в жизни*, посветляет качество душевной жизни. Лена рассказывает, что у нее настроение бурлит, мельтешит даже в межсубное время. И тогда она постоянно ведет себя так, как нельзя себя вести, хотя нет настоящей остропсихотической нескритичности, и её поведением недовольны. И постоянно она об этом слышит со всех сторон. И тут ей, возможно, помогает теперь “рычаг управления”, о котором она говорит.

Что рассказывает Лена о терапии творческим самовыражением? Рассказывает о том, как все-таки ей важно, это не выбросишь, узнать кто ты, узнать свои особенности, узнать свои какие-то характерологические свойства, узнать что такими душевными болезнями страдали и знаменитые люди. Она при этом все-таки отчетливее чувствует себя собою, нащупывая свою тропу, отвечающую её особенностям, м. б., таланту. Она всё отчетливее чувствует то, что называется в сегодняшней мировой психиатрии, когда говорят о психосоциальной реабилитации, — “чувство границ своей личности”, и она об этом сама говорит. Что значит “чувствовать границы своей личности”? Это значит контролировать свое поведение, держа в руках руль своей аффективности. Быть собою для людей. И творческой собою. “Социализироваться”, как она говорит.

Поэтому Лена так и держится за нас, прежде всего — за Ингу Юрьевну. Это, скажу ещё раз, помогает ей чувствовать себя самой собою, “за рулём”. Раньше она в этом отношении была в некотором роде всё же рассыпана, до апреля, до того как пришла к нам. Теперь всё уже по-другому. Основа психотерапии шизофрении вообще — особый интимный эмоциональный контакт, без которого нет и нашей терапии творческим самовыражением больных шизофренией. Конечно, в первую очередь дефензивных больных шизофренией. Этот особый эмоциональный интимный психотерапевтический контакт. Учение о нём стало, прежде всего, разрабатываться швейцарской школой в первой трети 20 века. Это — Якоб Клези, Макс Мюллер. Немцы — Эрнст Кречмер, Фридрих Мауц. Потом пошло по всему миру. Пришло и к нам — Консторум, Зиновьев, Николай Владимирович Иванов. Этот контакт здесь необходим, потому что только на почве этого контакта и можно психотерапевтически как-то серьёзно помочь. Лекарствами можно помочь без этого контакта, но для психотерапии это важнейшее. Пациент должен видеть, чувствовать воочию равнодушие врача к нему, человеческие душевные отношения с врачом. Это обязательно

должно быть проникнуто врачебной профессиональной дистанцией, без которой не поможешь. Как Лена чудесно сказала, что в кино с доктором не пойдёт. Но когда больной чувствует, что его по-врачебному любят, это так и называется в мировой психотерапии, словами американского психиатра Джона Розена, “психотерапевтическая любовь” (psychotherapeutic love). Когда человек чувствует, что его любят, что к нему равнодушны, он больше чувствует себя собою. Потому что любовь — это в сущности состояние, в котором чувствуешь себя собою для другого человека. И в этом смысле любовь и творчество, как известно, неразделимы. Эти психотерапевтические отношения, этот эмоциональный контакт усиливает чувство самособойности. Живой врачебной индивидуальностью оживляется, вдохновляется индивидуальность больного человека. Психотерапевт-врач, который по-врачебному не равнодушен к больному и чувствует себя собою для него, по сути дела, заражает пациента этим своим чувством. Врачебная индивидуальность, светящаяся любовью, поджигает другую пригасшую. В этом лечебный смысл особого контакта, и это, повторяю, важнейшее для психотерапевтической работы с больными шизофренией. А уже на этой почве совершаются различные психотерапевтические воздействия, и, в том числе, терапия творчеством в самом широком понимании.

Пациент получает в процессе психотерапии такого рода ощущение, словами доктора Кижичкиной, “каната реального смысла”, чувство, что всегда в плохом настроении, как это говорит Лена, всегда можешь за что-то зацепиться, всегда можешь ухватиться за своего врача, психотерапевта. Но это жизненное управление симптоматикой, этот “канат”, обретенный в руках для управления своей жизнью, думается особенно ощутимы тогда, когда больной человек в атмосфере “психотерапевтической любви” чувствует себя более собою, благодаря лечебному творчеству, благодаря психотерапевтическому театру, который ведет Инга Юрьевна, благодаря группам творческого самовыражения и всему другому, что происходит у нас в амбулатории.

Вот, собственно и всё. Дефект остается дефектом. Лена, такая образованная, такая одаренная, хотя и разлаженная, закончив филологический факультет, собирается быть массажистом с психотерапией. А статьи писать для души раз в месяц. Подозреваю, что жизнь Лены будет другой, поистине творчески вдохновенной, сквозь дефект, в котором присутствует своя творческая шизофреническая одаренность, что совсем не ново в истории духовной культуры человечества. Конечно, не все одаренные душевнобольные способны стихийно выразить себя общественно-полезно в своём творчестве, как например, Руссо, Гёльдерлин, Батюшков, Гоголь. Терапия творческим самовыражением и существует для того, чтобы помочь даже тяжёлому, дефектному, но страдающему

дефензивному (и, значит, творческому) душевно-больному сделать в жизни своё творческое (пусть самое скромное) общественно-полезное дело. Помочь лечебно-творчески, хотя бы с крохотным “солнышком” в душе устроить свою жизнь сообразно своим особенностям. Обрести таким образом свой светлый смысл, без которого жить нередко мучительно, особенно когда душевно нездоров.

И последнее. В начале своего заключения я сказал, что можно Лене поставить и диагноз циркулярной шизофрении — диагноз, который поставил докладчик. В самом деле, можно поставить этот диагноз в старом, классическом, его понимании. Так, в извест-

ном “Учебнике психиатрии” Гуревича и Серейского издания 1946 года, отражающем европейскую клиническую классическую психиатрию первой половины прошлого века, “циркулярной шизофрении” свойственны не только “относительно хорошие ремиссии”, но и “последующая деградация”, т.е. дефект. Таким образом, слишком трудно отличить “шубообразную шизофрению” от классической “циркулярной шизофрении”, диагноз который существовал ещё до диагноза шубообразной шизофрении.

Спасибо еще раз Сергею Юрьевичу, спасибо всем выступавшим и переживавшим, обдумывающим сегодняшнее.

РЕКОМЕНДУЕМ!

“Психопатологическое исследование”

Андрея Ткаченко

Москва, проект lettera.org. 2013

превосходное исследование, очень удачно излагающее феноменологическое направление в психиатрии, которое проторяет НПА России

21-ый всемирный конгресс по социальной психиатрии

**БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ —
БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ**

29 июня – 3 июля 2013 г., Лиссабон, Португалия

www.wasp2013.com

Субъективно-избыточные эмоциональные реакции: феноменология, механизмы, терапия

А. М. Бурно

В статье исследуется особый вид эмоционального реагирования — субъективно-избыточные эмоциональные реакции. Утверждается, что главным структурным элементом таких переживаний является “пустое усилие”, т.е. стремление управлять собственными душевными движениями исключительно с помощью усилий воли. Обсуждаются возможность и результаты когнитивной реорганизации.

Ключевые слова: субъективно избыточные эмоциональные реакции, пустое усилие, естественные негативные эмоциональные реакции, усилия воли, когнитивная терапия, рационально-эмоционально поведенческая терапия.

Субъективно-избыточные эмоциональные реакции (далее СИЭР) — это негативные эмоциональные реакции, которые субъективно ощущаются как чрезмерные в самый момент их существования. [4]

Здесь имеется в виду избыточность переживания в двух смыслах. С одной стороны эмоция чрезмерна по отношению к вызвавшей ее причине (психотравмирующей ситуации). С другой стороны по отношению к своим следствиям (происходящим под ее воздействием изменениям поведения и когнитивной перестройке). Ощущение избыточности и в первом смысле и во втором субъективно, т.е. является внутренним восприятием пациента и может быть обнаружено только при его самоотчете.

Избыточность в первом смысле (по отношению к причине переживания) проявляется, например, в том, что пациент тревожится и в то же время, ощущает, что ситуация не столь опасна, чтобы вызывать такой уровень беспокойства. Или гневается и тут же, гневаясь, считать свой гнев в данных обстоятельствах слишком сильным. Или тоскует по потере, и в то же время чувствует, что принимает все слишком близко к сердцу. Или испытывает чувство вины и ощущает при этом, что его проступок не заслуживает такого “самоедства”. В результате, для человека, переживающего СИЭР, проблемой является не только та жизненная ситуация в которой он находится, но и его собственная нецелостная, внутренне конфликтная реакция на эту ситуацию. Он испытывает, по сравнению с человеком, переживающим не избыточную негативную эмоцию, как бы двойное давление. Так, человек с СИЭР в виде страха потерять работу будет испытывать двойное напряжение: в связи с необходимостью решать конкретные задачи по поиску запасных вариантов и в связи с собственной неуместной

тревогой (выражающейся, например, в бессоннице и суетливости).

Такая чрезмерность собственного эмоционального ответа, конечно, не всегда четко рефлексирована, не всегда спонтанно звучит в жалобах, но легко может быть осознана при наводящих вопросах. Таких, как: “Как Вы чувствуете, Ваша эмоциональная реакция соответствует ситуации, или она слишком сильная?”, или “В этой ситуации Вы хотели бы переживать по-другому?”, или “Что бы Вы предпочли испытывать на Вашем собственном месте?”. Пациент, жалующийся, например, на субъективно-избыточную обиду, может сам не говорить о ее избыточности. Но при расспросе он скажет, что, хотя в его обстоятельствах и невозможно оставаться спокойным, все-таки *такого* душевного напряжения они не стоят. Избыточность в первом смысле обуславливает тот факт, что на СИЭР жалуются.

Избыточность эмоции во втором смысле (по отношению к следствиям переживания) состоит в том, что (для пациента) сила чувства не соответствует его “коэффициенту полезного действия”. Степень эмоционального накала несоизмерима с его реальными поведенческими последствиями или со степенью происходящих под его влиянием когнитивных изменений. Сила переживания резко контрастирует с невозможностью растворить это напряжение в какой-либо конкретной физической или ментальной активности, в каком-либо определенном свершении. Здесь эмоция как бы теряет свою главную биологическую функцию — служить стимулом для изменения поведения и мышления. Сильное чувство как бы расходует вхолостую, что и создает субъективное ощущение избытка эмоционального реагирования.

Ясное осознание пациентом этих моментов легко происходит при следующих вопросах. “Есть ли ка-

кой-нибудь толк от того, что Вы *так сильно* тревожитесь (гневааетесь, тоскуете, ругаете себя)?” “Что полезного происходит от того, что Ваша эмоция *столь сильна*? “Если бы Ваша тревога была меньше, Вы бы принимали те меры безопасности, которые принимаете сейчас?” “Необходима ли такая сильная тоска, как у Вас, чтобы свыкнуться с утратой?” “Должен ли гнев обязательно быть *таким сильным* как у Вас, чтобы бороться также эффективно, как у Вас получается?” “Что заставило Вас сделать Ваше чувство вины? Как оно Вас изменило? Если бы Вы не изводили себя так сильно, эти изменения не произошли бы?”

Эти вопросы без труда позволяют пациенту увидеть непродуктивность, его эмоциональной реакции. Даже, если СИЭР приводят к полезным действиям, последние сопровождается психологическим торможением (ощущениями “зажима”) или ненужной и мешающей суетливостью. Субъективно-избыточная эмоция, если и приводит к активности, она этой активностью не “вычерпывается”, она остается, продолжая причинять душевную боль. Страдание продолжается, в то время как его полезная работа не совершается. Энергия страдания не переходит в компенсирующие процессы. Боль оказывается бессмысленной, но не прекращается. Поэтому люди часто отзываются о своих субъективно-избыточных эмоциях, как о “деструктивных”, “воспаленных”. Они чувствуют, что эти переживания их “разрушают”, “изводят”, “губят”. Так, пациенты говорят об “изматывающей тревоге”, “разъедающей тоске”, “иссушающем душу гнев”, “самоедстве вины” и т.д.

СИЭР, как правило, присутствуют в переживании пациента вместе с не-избыточными или естественными негативными эмоциональными реакциями¹. Так, например, человек с тревожно-депрессивной реакцией на несправедливое увольнение может испытывать обиду и гнев на начальника, тоску в связи с утратой имевшихся прежде благ, стыд, вину за то, что вовремя не просчитал ситуацию, тревогу за будущее и т.д. Любое из этих переживаний может оказаться как субъективно-избыточной, так и естественной эмоциональной реакцией. В отличие от СИЭР, при естественных эмоциональных реакциях отсутствует переживание избыточности в обоих описанных выше смыслах. Про естественные эмоции пациент скажет, что они “само собой разумеются” в его ситуации, и никогда не скажет, что они “слишком сильные”. Несмотря на, быть может, сильный дискомфорт, человек переживает естественные чувства целостно, всей душой, не пытаясь сопротивляться собственному сердцу. Естественные эмоциональные реакции без остатка растворяются в конкретных действиях, полностью превращаясь в поступки или внутренние изменения.

Так, естественная тревога уходит, когда совершены все возможные действия, устраняющие опасность; естественный гнев исчезает, когда сделано все, чтобы враг был “поставлен на место”; переживание утраты оставляет нас, когда мы находим замену утраченному; естественный стыд отпускает, когда мы раскаиваемся и получаем прощение и т.д. Естественная негативная эмоция, выполнив свою биологическую функцию — породить изменения в поведении и мышлении, — уходит, перестает существовать, как перестает существовать чувство голода при насыщении. Расспрашивая пациента вышеописанным способом, мы легко разделим его эмоции на естественные и субъективно-избыточные. В приведенном примере, например, могут оказаться естественными все эмоции кроме тревоги, или все кроме вины, или все, кроме гнева и т.д. (как правило, среди всех негативных эмоций, испытываемых пациентом в ситуации кризиса, СИЭР является одна, реже две).

Субъективно-избыточные эмоциональные реакции следует отличать не только от естественных негативных эмоций, но и от таких внешне похожих на них явлений здоровой и больной душевной жизни, как *навязчивые переживания, мнительность и тревожные сомнения* и от некоторых *состояний временной охватченности аффектом*.

В отличие от пациента с классическими навязчивыми явлениями², пациент с СИЭР *не ощущает, что переживает зря*. Он чувствует, что само наличие эмоционального дискомфорта (тревоги, тоски, гнева или стыда) закономерно в текущей ситуации, то есть, имеет смысл. Не имеет смысла только *чрезмерность* эмоций. Та же эмоция, но не столь выраженная, была бы вполне естественна в этих обстоятельствах. Должно переживать в этих обстоятельствах, но не должно переживать *так сильно*. Так, пациент с навязчивым чувством антипатии понимает, что его чувство в принципе абсурдно и не имеет права на существование. Пациент с СИЭР в виде гнева считает свой гнев уместным по сути, но преувеличенным по силе.

В отличие от пациента с мнительностью или тревожными сомнениями [6] у пациента с СИЭР в виде тревоги *нет ощущения дефицита информации в отношении объективных обстоятельств*. Соответственно, нет и потребности этот дефицит восполнить, чтобы избавиться от сомнений. Здесь нет колебаний в смысле “опасна или не опасна внешняя ситуация” и, соответственно, “напрасно или не напрасно я беспокоюсь”. Пациент с СИЭР считает, что ситуация объективно опасна, но в то же время не настолько, чтобы беспокоиться так сильно. Например, пациент с мнительностью и сомнениями может беспокоиться о том, правильно или не правильно он поступил, и искать от-

¹ То, что мы называем естественными негативными реакциями, в РЭПТ называют “уместными” эмоциями. [11]

² Мы имеем в виду навязчивости в строгом вестфалевском определении. [12]

вет на этот вопрос. Тогда, как пациент с СИЭР уверен, что поступил неправильно, но чувствует при этом, что переживает по этому поводу чрезмерно³.

Состояния временной охваченности аффектом можно иногда перепутать с СИЭР. Так, например, при астенической раздражительности, в некоторых случаях возбудимой агрессивности, при депрессивных наплывах кататимных сверхценностей пациент скажет, что относится к своим переживаниям как к неадекватно сильным. Но, в отличие от пациента с СИЭР, он скажет так только *после* того, как его сильные чувства отзвучали и наступило хотя бы временное облегчение. Пациент с СИЭР воспринимает свои переживания как излишние *в самый момент их существования*⁴.

При стойких сверхценных идеях пациент не чувствует, что его реакция чрезмерна. Только с “объективной” точки зрения мы можем сказать, что он чувствует неадекватно и преувеличивает реальную опасность. Субъективное ощущение избыточности собственного переживания, в отличие от СИЭР, здесь отсутствует.

Итак, понятно, что субъективно-избыточные эмоциональные реакции, имея общие грани и с тревожными сомнениями, и с навязчивостями и с некоторыми аффективными состояниями, и со сверхценными идеями, имеет и четкие отличия от всех этих явлений. Эти реакции оказываются настолько своеобразными, что заслуживают выделения в качестве отдельной психопатологической единицы. Как будет показано ниже, такое выделение оправдано не только с описательной, но также и с прагматической (терапевтической) точки зрения.

СИЭР непосредственно связаны с часто встречающимся явлением психической жизни, обозначенным нами как “пустое усилие”⁵.

Пустым усилием мы называем стремление управлять процессом мышления-чувствования прямым волевым образом, в отсутствие необходимых для его спонтанного изменения факторов.

Другими словами речь идет о ситуации, когда человек по тем или иным причинам пытается непосредственно, “здесь и сейчас” повлиять на движения соб-

ственной душевной жизни, старается вызвать в собственных психических процессах изменения, которые сами, спонтанно не происходят. Так, человек окажется в ситуации пустого усилия, если будет заставлять себя простить того, кого “сердце” не прощает. Или заставлять себя “быть проще”, хотя по характеру склонен к сомнениям. Или, например, пытаться “включить” вдохновение или интуицию.

Пустое усилие с одной стороны представляет собой напряженную душевную деятельность, с другой стороны, деятельность эта свободна от какого либо конкретного содержания и потому бессмысленна. Это противоречие связано с тем, что процесс мышления-чувствования объективно является произвольным, то есть неподвластным непосредственному волевому управлению, но обыденное сознание большинства людей содержит на этот счет прямо противоположные убеждения. Если спросить человека “с улицы” о том, что он может произвольно сделать со своим телом, он, только слегка поразмыслив, ответит, что в его власти сокращать или расслаблять скелетные мышцы, и не в его воле прямым образом влиять на пищеварение, кроветворение, сердцебиение и другие вегетативные функции. Но когда мы спрашиваем людей, о том, что они могут произвольно сделать со своими психическими процессами, мы не находим в их ответах столь ясного разделения “ментальных действий” на произвольные и произвольные. Большинство людей такой вопрос ставит в тупик.

Недаром, в нашей обиходной речи широко распространены “дельные” советы, типа “Возьми себя в руки!”, “Нужно просто искренне поверить в это!”, “Ты все можешь, если только захочешь!”, “Думай скорее!”, “Тебе нужно простить его!”, “Хватит сомневаться, надо действовать!”, “Будь проще (злее, добрее, сильнее)!”, “Соберитесь, нельзя так распускаться!”, “Вам нужно прекратить думать о плохом!”, “Надо было думать как следует!” и им подобные. Если понаблюдать, мы увидим, что такими советами в той или иной степени грешат все без исключения. Это наглядно показывает, что в нашем обыденном сознании представление о том, что *своими чувствами и мыслительными, когнитивными процессами можно командовать*, весьма и весьма актуально. Не задумываясь об этом вопросе специально, человек склонен считать, что большинство его душевных движений подчиняются прямым командам со стороны “я”.

Однако, опыт психиатрии, психотерапии, этологии, внимательное изучение различных систем внутренней трансформации, наконец, честная интроспекция, поведают нам о том, что дело обстоит совсем не так. Эти практики скажут нам о том, что единственное усилие, которое мы можем произвольно реализовать в сфере собственных психических процессов, единственное, что мы можем сделать со своими душевными движениями намеренно, и здесь и сейчас (то есть без изменения наличных обстоятельств), —

³ Конечно, в реальной жизни встречаются и более сложные образования, включающие в себя одновременно и СИЭР и тревожные сомнения. Так, например, человек может сомневаться, правильно ли он поступил или неправильно (элемент тревожного сомнения). И, в то же время отдавать себе отчет в том, что, даже, если решение было неверным, факт этот не заслуживает столь сильных чувств (элемент СИЭР).

⁴ Бывают случаи, когда на высоте аффекта СИЭР переходит в нестойкие сверхценные идеи.

⁵ Подробнее о пустом усилии можно узнать из нашей работы “Пустое усилие как явление здоровой и больной душевной жизни [5]. Пустое усилие входит в структуру не только СИЭР, но и некоторых других психологических переживаний и психопатологических расстройств.

это передвинуть внимание на тот или иной объект. Привести “свет внимания” к тому или иному содержанию сознания. Именно, только “передвинуть” и “привести”, потому, что удержат там внимание уже не в нашей прямой власти. Мы можем вообразить белую обезьяну, но мы не сможем долго думать о ней, если объект этот нам не интересен (то есть не притягивает аффективно⁶). Точно также, если представление о белой обезьяне будет аффективно заряжено, мы можем увести внимание от белой обезьяны к другому содержанию лишь на короткое время, в этом случае оно вновь и вновь будет возвращаться обратно.

Таким образом, единственные наши по настоящему произвольные действия — это только мышечное сокращение и передвижение внимания. На два эти элемента можно разложить любую сложную произвольную активность.

Поэтому, когда человек пытается заставить себя думать о том, что в данное время ему не интересно, или чувствовать то, что в данное время его не захватывает, он пытается совершить невозможное. Мышечные сокращения здесь не помогут, а внимание, сколько не передвигай его, будет “отскакивать” от аффективно-безразличного объекта.

Как правило, в состоянии пустого усилия, одна сторона противоречия — то, что нужно и можно как-то изменить свои чувства и мысли здесь и сейчас — актуализирована в сознании, являет собой стремление. В то время, как другая сторона — то, что стремление это не имеет точки приложения, не имеет конкретного алгоритма реализации, и, значит, здесь и сейчас невыполнимо, — не осознается. В результате человек нередко склонен объяснять непродуктивность своих попыток тем, что он “плохо старается”. Пустое усилие, поэтому, обычно связано с претензиями к себе, с недовольством собой (“могу делать, но не делаю”) и с ощущением безысходного напряжения.

Пустое усилие здесь заключается в *стремлении исправить (решить) текущую психотравмирующую ситуацию посредством стимуляции в себе здесь и сейчас нужных для этого душевных движений*. В старании насильственным образом направить свои чувства и мысли в определенное русло, в выгодную, как кажется пациенту, в текущей ситуации сторону. Причем такое насилие над собственной психикой кажется пациенту кратчайшим и наименее затратным путем к цели, к решению текущих проблем. Речь идет, опять же, о тщетной попытке изменить собственное душевное состояние при помощи *одной только воли*, в отсутствии необходимых для этого навыков, стимулов и врожденных программ. Это стремление по большей части ясно не осознается. Но, если в результате пси-

хотерапии удастся пациента от пустого усилия избавиться (подробнее о терапии ниже), СИЭР как бы “сдувается”, превращаясь в естественную негативную эмоцию. Другими словами, СИЭР состоит из двух компонентов: естественной негативной эмоции и напряжения связанного с пустым усилием.

Приведем пример. Тревожно-депрессивная реакция вследствие потери работы (пр. 1, психастенические характерологические свойства⁷). Помимо раздражения и переживания вины пациент испытывает субъективно-избыточную тревогу. “Каждому будет беспокойно, но не так же, до потери сна!”. “От моей тревоги, похоже, один только вред, никакого толку”. Как оказывается, пациент стремится “заранее просчитать все “подводные камни” на предстоящих беседах и переговорах чтобы чувствовать себя совершенно уверенно”. Алгоритма, техники такого просчитывания у него нет, следовательно, усилие это пустое, оно превращается в напряжение без конкретной точки приложения.

В подобных случаях после психотерапевтического “удаления” пустого усилия, при сознательном и искреннем отказе от попыток совершить невозможное, тревога пациентов уменьшается настолько, что они могут говорить о ее “нормальности”, естественности и даже необходимости. Избыток тревоги, таким образом, целиком и полностью базируется здесь на стремлении насильственным образом руководить собственными психическими процессами. В структуре СИЭР пустое усилие как бы сливается, переплетается с естественной тревожной реакцией. Напряжение пустого усилия как бы склеивается с напряжением естественного чувства опасности. Во внутреннем восприятии пациента два этих момента становятся неразличимыми, и человек ощущает просто “слишком сильную” тревогу. Психотерапевтическое вмешательство может осуществить обратный процесс. Тогда, освобожденные от пустого усилия естественные эмоции, даже очень сильные и неприятные, перестают мешать и “разрушать”, и субъективно воспринимаются как жизненная необходимость или неизбежность.

Субъективно-избыточная тревога, является наиболее частым случаем СИЭР. Но пустое усилие может “склеиться” и с любой другой неприятной эмоцией. Тогда возникают “слишком сильный” гнев, “слишком сильная” тоска, или “слишком сильное” чувство вины.

Так, например, пациентка (пр. 2, синтонные личностные особенности) жалуется на избыточный гнев на своего руководителя по работе. Она соглашается, что начальник заслуживает сильных негативных

⁶ Мы понимаем под аффектами и аффективностью то же, что и Э. Блейлер, то есть эмоции, желания, влечения, интерес, чувства удовольствия и неудовольствия. [1]

⁷ Здесь и далее мы придерживаемся классификации характерологических свойств, принятой в отечественной клинической психотерапии и развиваемой по линии Э. Кречмер — П. Ганнушкин — М. Бурно [10] [9] [8]

чувств с ее стороны, он действительно часто ее несправедливо обижает. Но она из-за этого гнева-ненависти не может не думать о нем после работы, не может расслабиться дома, все время прокручивает в голове воображаемые беседы с ним, плохо спит и т.д. Все это она сама считает “явно неадекватным” и просит избавить ее от таких сильных (“изматывающих”) переживаний. Пустое усилие, обнаруживаемое при психотерапевтическом анализе: “заставить себя найти такие слова, которые донесут до него его неправоту”. Причем “найти такие слова” нужно не с помощью, например, специалиста по межличностной коммуникации или чтения психологической литературы, не с помощью советов уважаемых людей и т.д. “Найти такие слова” нужно “из себя”, нужно заставить себя “включить интуицию и мудрость”, причем начать это делать нужно прямо здесь и сейчас.

Молодой человек (пр. 3, астенический склад) испытывает “душераздирающую”, разрушающую тоску из-за разрыва отношений. Он понимает, чем соперник отличается от него в “лучшую сторону”. Ничего приятного в такой ситуации нет, но, все же, он предпочел бы реагировать не так остро. От такой реакции все равно нет толку. Пустое усилие — неосознаваемое стремление здесь и сейчас с помощью немедленного изменения собственных душевных качеств восстановить утрату (или, по крайней мере, начать ее восстанавливать).

И, конечно, пустое усилие расцветает на фоне переживания вины и стыда.

Пациентка (пр. 4, аутистический склад) винит себя за то, что “не получается не испытывать гнев” при общении с бывшим мужем. Хотя она и считает, что он причинил ей “много зла”, в то же время она убеждена в том, что “гнев разрушает душу” и мешают “личности расти”. Эта ненужное, лишнее, вредное с ее точки зрения чувство. Она ругает себя за него, но эти претензии к себе не дают никакого результата. Пустое усилие здесь в том, чтобы заставить себя простить исключительно усилием воли, использовать прямой волевой контроль над чувствами и мыслями в качестве способа “развития личности”.

Несколько сложнее обстоит дело с субъективно-избыточным чувством вины за прошлое. Находясь в этом переживании, человек ругает себя за то, что в прошлом поступил неправильно, хотя мог бы вести себя по-другому. То есть в том, что он не руководил должным образом своими душевными процессами, то есть не совершил для этого должного усилия (последнее не осознается им как в принципе невозможное). На первый взгляд пустое усилие пациента состоит здесь в попытке управлять собственным мышлением-чувствованием в прошлом. Но, когда таким пациентам говорят, что в прошлом уже ничего не изменишь, что из настоящего повлиять на давно прошедшее невозможно, и стало быть, незачем “так убиваться”, когда их убеждают в том, что надо смотреть в будущее,

а не застревать в давно прошедшем, они, формально соглашаясь с такой логикой, все же не оставляют своего напряженного самоедства. Связано это с тем, что, как и в случаях СИЭР в виде тревоги, гнева или тоски, пустое усилие при СИЭР в виде вины имеет непосредственное отношение к “здесь и сейчас”, хотя и связано с представлением, что “я мог бы в прошлом поступить по-другому”. Как и в других случаях, пациент заботится о настоящем и будущем. Дело в том, что “если мог недостаточно контролировать себя в прошлом”, то “могу и сейчас, в настоящем”. Если в прошлом во мне родилось нечто плохое, то почему бы, ему не возникнуть вновь? Пустое усилие, таким образом, состоит в следующем: усилием воли отслеживать (чтобы вовремя подавить) свою “дурную волю” или “безалаберность”, “расслабленность” или “глупость” которые в любой момент могут проявиться, вылезти на поверхность из “темных тайников души”, как это уже случилось во время совершения проступка. Можно еще раз недооценить опасности ситуации и подвести кого-то. Можно “много думать о себе” и не заметить страдания близкого. Можно отдалиться “самоуверенности”, не учесть важных факторов и навредить таким образом другим людям. В самом деле, если все это уже произошло один раз, где гарантия, что это не повторится? И, раз такой гарантии нет, само собой разумеется, надо все время быть на чеку, ни на секунду не ослаблять “самоконтроль” чтобы вовремя заметить врага в самом себе и не натворить бед. Это “быть начеку”, не имеющее конкретной техники исполнения, состоящее в абстрактном, никуда не переходящем напряжении, и является в случае субъективно-избыточной вины за прошлое пустым усилием, наличествующем здесь и сейчас.

СИЭР, как и другие формы пустого усилия, возникающие у психопатов и здоровых людей, естественно связаны с определенной личностной почвой. Характерологические особенности пациентов с СИЭР разнообразны, но то, что их объединяет это сочетание тревожности с некоторой тормозимостью. Последняя, однако, никогда не доходит до степени педантичности (мы не встречаем СИЭР у людей анакастического склада). Мы не находим СИЭР у истериков и эпилептоидов (эти характерологические свойства исключают обозначенное сочетание). В то же время субъективно-избыточные эмоции в избылии встречаются у циклоидов в дистимических фазах, у психастеников и астеников (эти душевные свойства прямо связаны с тормозимой тревожностью). Реже СИЭР встречается у аутистических личностей (это душевное свойство никак не противоречит тревожности и тормозимости). Большинство наших пациентов можно было бы назвать психастеноподобными, но не всех, — часть из них не обладают выраженной дефензивностью. Рассматривая наших пациентов несколько с другой стороны, можно сказать, что это лица,

склонные в различных жизненных ситуациях обвинять прежде всего себя, а не другого.

Мы не раз встречали у одного и того же пациента сочетание СИЭР и патологических сомнений (в основном у психастеников), СИЭР и навязчивых страхов (в основном у циклоидов), СИЭР и тревожных сверхценностей (у циклоидных и аутистических пациентов).

Характерологические особенности пациентов с СИЭР откладывают свой отпечаток на вид конкретных субъективно-избыточных эмоций. Так, у синтонных часто встречаются СИЭР в виде гнева, что значительно реже бывает у аутистических личностей и, видимо, никогда не бывает у психастеников. У аутистических личностей редко встречается СИЭР в виде вины за прошлое. Существуют “темы” пустых усилий, прямо зависящие от характерологического склада. Так, например, для синтонных, довольно типично стремление “здесь и сейчас найти общий язык с обидчиком, найти слова, которые заставят его поступить справедливо”. Для психастеников характерно стремление “заставить себя воспринимать мир более просто”, “чувствовать более ярко и точно” “не сомневаться и соображать быстрее”. У аутистических личностей часто встречаются стремления “подавить в себе желания, мешающие личностному развитию и свободе”.

Заметим, что тогда, как синтонные и аутистические личности однозначно говорят о чрезмерности своих избыточных эмоций, психастенические пациенты могут сомневаться в том, что переживают слишком сильно, ограничиваясь только подозрением своих эмоций в избыточности. Такие подозрения все равно говорят о существовании пустого усилия. Неуверенность в чрезмерности собственной эмоции у этих пациентов нужно расценивать как общую психастеническую склонность к сомнениям и неуверенности в собственных чувствах. При этом важно отметить, что в естественности естественных негативных эмоциональных реакций (не связанных с пустым усилием) не сомневаются даже психастеники.

Психотерапия СИЭР, как понятно уже из вышеизложенного, заключается в том, чтобы, найти в переживаниях пациента пустое усилие и помочь наглядно увидеть-осознать его невыполнимость, абсурдность, бессмысленность. Если удастся это сделать, и пациент искренне отказывается от пустого усилия, возникает либо примирение с травмирующей ситуацией, либо (часто спонтанно) становится возможным найти конкретные пути решения проблем, ранее не осознаваемые. Нами разработана психотерапевтическая методика, позволяющая добиваться этих терапевтических целей достаточно быстро и эффективно. Прием получил название “Методика инверсии возможностей” [3], поскольку в процессе терапии “мнимая возможность” (реализовать пустое усилие) перестает существовать и на ее месте возникает “реальная возможность” (“принять жизнь таковой, какова она

есть” или совершить конкретные, выполнимые шаги, действительно решающие проблемы). Мы не будем здесь излагать методику подробно — она детально описана в нашем учебном пособии. Здесь отметим, только самые главные моменты. Техника представляет собой последовательность специальных терапевтических вопросов, позволяющих пациенту “наткнуться” на собственное пустое усилие (1 этап) и прочувствовать его как таковое (2 этап). Первый этап похож на методику Рационально-Эмоционально-Поведенческой-Терапии А. Эллиса. Также, как и в РЭПТ, мы ведем поиск “долженствования”. Но, во-первых, ищется только “абсолютистское требование” к себе, и оставляются в стороне требования к другим. Во-вторых, под найденным требованием к себе обнаруживается убеждение в возможности выполнить это требование при помощи прямого волевого влияния на собственные психические процессы, то есть при помощи пустого усилия. Именно с этим убеждением и ведется дискуссия на втором этапе. Здесь центральную роль играют такие вопросы терапевта, как: “Что конкретно Вам нужно сделать для этого (для того, чтобы здесь и сейчас стать другим, взять себя в руки, простить, услышать интуицию, быть начеку и т.д.)?”; “Как именно Вы это сделаете?”; “Разложите эту задачу на последовательность конкретных действий?”; “Научите меня, как это делать!” и т.д. Пытаясь отвечать на такие вопросы, пациент неминуемо становится в тупик и отчетливо и наглядно обнаруживает себя в ситуации “Пойди туда, не знаю куда, принеси то, не знаю, что”. В результате несостоятельность собственного стремления (пустого усилия) становится очевидной. Такое прочувствованное понимание часто сопровождается ощущением инсайта, прошедшей ясности, общего облегчения и успокоения, появления чувства радости.

Характерологические особенности пациентов оказывают влияние и на применение методики. В терапии СИЭР на психастенической почве обычно не требуется ничего кроме достаточно сухой, но строго логичной когнитивной дискуссии с множеством трезвых аргументов. Терапевтическую работу со многими циклоидными и аутистическими пациентами существенно облегчают и убыстряют приемы, позволяющие прочувствовать абсурдность пустого усилия не только на интеллектуальном, но и на чувственном и телесном уровнях — ролевые игры, “горячий стул”, трансовые техники. Когнитивная дискуссия тогда, как бы аранжируется такими вкраплениями.

Как уже говорилось, нередко оказывается, что пустое усилие как бы заслоняет от человека реальный путь решения проблем. Остающаяся (в результате терапии) на месте СИЭР естественная негативная эмоция, которой не мешает воспаленное и бессмысленное напряжение, нередко немедленно выливается в значимо полезную, продуктивную деятельность. Так, например, пациент из первого примера, отказываясь

от мнимой возможности просчитать в принципе непросчитываемое, оказывается в состоянии уделить должное внимание тому, что действительно можно предусмотреть.

В тех случаях, когда обстоятельства складываются таким образом, что ничего продуктивного предпринять нельзя и проблема в принципе оказывается неразрешимой, отказ от пустого усилия все равно принесит облегчение. Здесь наблюдаются два варианта.

У одних пациентов (так называемых, “реалистов”) исчезновение пустого усилия приводит к “принятию жизни такой, какова она есть”, к “примирению с реальностью”, к “светлой печали”. Во втором примере отчетливое понимание тщетности и бесперспективности “найти слова донести до начальника его неправоту”, достигнутое в результате психотерапевтического вмешательства сокращает гнев пациентки “на 60 %” по субъективной шкале и начальник начинает восприниматься только как неприятное и досадное недоразумение. У пациента из третьего примера душераздирающая тоска превращается в естественную печаль без “душераздиранья”, когда наступает осознание, что он “однозначно сделал все, что мог”, что “осталось только выпрыгнуть из себя, что невозможно”. Субъективно-избыточная тоска по потерянным отношениям “сдувается” до естественной в этой ситуации грусти.

У других пациентов (так называемых “идеалистов”) отказ от пустого усилия, при том, что в целом ситуация не решается, делает возможным осмысление обстоятельств на “более глубоком”, “духовном” уровне и способствует “подъему на более высокую ступень развития”. Так, в четвертом примере понимание бессмысленности своего стремления простить усилием воли освобождает пациентку от пустого напряжения, помогает ей “реально оценить уровень своего развития” и побуждает к поиску конкретных психологических методов и духовных практик, направленных на “личностный рост”, но исключающих прямое волевое влияние на собственные чувства. “Развитие личности”, как она чувствует и верит, в качестве побочного эффекта будет иметь и прощение. Некоторым аутистическим пациентам нужно специально указать на такую возможность достижения своих глубинных целей, минуя пустое усилие — иначе им трудно отказаться от последнего, даже, несмотря на его очевидную недейственность. Обсуждение этой возможности в таких аутистических случаях можно расценивать как третий этап методики. У таких пациентов, по-видимому, отсутствует возможность “примириться с жизнью таковой, какова она есть” с миром “без гармонии и высокого смысла” и, пока пустое усилие представляется им единственным путем к реализации своих ценностей, они продолжают держаться за него по принципу “верую, ибо абсурдно”. Когда же найден и осмыслен обходной путь “движения к

гармонии”, энергия, расходовавшаяся прежде вхолостую, отрываясь от пустого усилия, начинает реализовываться в конкретных практиках.

Отдельно нужно сказать несколько слов о психотерапевтической работе с СИЭР в виде вины за прошлое. Как мы уже говорили, пустое усилие здесь — это “быть начеку”, намеренно, волевым образом контролировать собственные психические процессы, “дабы не выпустить из себя злое начало”. Здесь, казалось бы, можно также как и в остальных случаях СИЭР помочь пациенту осознать бесперспективность такого стремления, ожидая, что он, как следствие, откажется от этого стремления, “отпустит себя” и освободится от избыточного напряжения. Однако на практике это недостижимо.

Связано это с обстоятельством, о котором мы уже говорили: свой проступок пациент связывает как раз с тем, что он якобы расслабился, не проконтролировал себя, то есть как раз отказался тогда от пустого усилия (которое не кажется ему таковым). При других СИЭР пациент имеет наглядный опыт того, что пустое усилие нереализуемо и потому бессмысленно. Здесь же он *как бы* имеет обратный опыт, ему кажется, что его “грех” произошел от того, что он как раз этого усилия не предпринял.

“Удалять” пустое усилие нужно в таких случаях косвенным путем. Нужно показать пациенту, что в *реальных* обстоятельствах его “проступка” у него не было никакой возможности поступить иначе, не так, как он поступил. Необходимо доказать ему (и это как правило нетрудно сделать), что его “неправильное” поведение обуславливалось конкретными обстоятельствами, имеющимися к тому времени опытом, происходящими в то время когнитивными процессами, имеющимися тогда личностными, конституционально-характерологическими особенностями и другими объективными факторами, исключающими иные действия. Другими словами, показать, что в тех конкретных условиях он был искренен, и, что направить мышление-чувствование в другую сторону было невозможно, что “отсутствие самоконтроля” и “расслабление” здесь не причем. Как только удается привести такие доказательства, субъективно-избыточная вина переходит в естественное сожаление о совершенной ошибке и переживание лишается угнетающего компонента “самоедства” и “саморазрушения”. Заметим, сожаление о проступке остается, остается связанный с ним дискомфорт (подчас весьма сильный), но ощущение избыточности собственного переживания, ощущение разрушительного тупика проходит. Общее напряжение в этом случае резко падает. Пустое усилие в виде “напряженного самоконтроля” в настоящем становится в глазах пациента бессмысленным, когда оказывается, что поведение в прошлом не имело никакого отношения к “недостаточной работе над собой”. Возникает принятие собственной “плохости” — не в смысле безразличного согласия с нею, а

в смысле принятия ее как части объективной реальности. Той реальности, с которой можно и нужно что-то делать.

Как и при других СИЭР, помимо изматывающего напряжения это пустое усилие мешает реальным изменениям, в данном случае, раскаянию. Под раскаянием мы здесь имеем в виду ментальные изменения в виде твердой и спокойной уверенности в том, что вести себя впредь по-другому не только необходимо, но и абсолютно реально. Действительно, для того, чтобы произошла реальная “перемена ума”, чтобы осуществилась *реальная* “работа над собой”, приводящая к такой уверенности, необходимо осознание причинно-следственных связей, обусловивших проступок. Именно с этой конкретикой можно и нужно что-то делать. Только изучив все факторы, влиявшие на прошлое поведение, человек может обрести (и обретает) спокойную уверенность в том, что в его силах в будущем такого стечения обстоятельств не допустить, и что, таким образом, ситуация теперь находится под *реальным* контролем. Тогда сама собой отпадает субъективная необходимость в постоянном напряженном самоконтроле, то есть пустом усилии здесь и сейчас. Он понимает тогда, что конкретно он должен сделать для того, чтобы предотвратить собственное нежелательное поведение. Но, если все силы вкладываются в “быть на чеку” и усиленный “самоконтроль”, которые непонятно как осуществлять, никакой уверенности в результате быть не может. И, значит, нельзя искренне сказать себе и другим, что “это больше не повторится”. Как это не парадоксально на первый взгляд, но искренние раскаяние в смысле твердых перемен возможно только в результате самооправдания, то есть пониманию своего проступка, как полностью обусловленного, как не имеющего отношения к недостатку волевого нравственного самоконтроля [2]. Во всяком случае, дело обстоит именно таким образом при переживании вины, связанном с пустым усилием.

Длительность терапии различна и зависит опять же от клиники. Если речь идет об острой реакции на ситуацию у акцентуированной личности, терапия нередко ограничивается одной единственной терапевтической сессией с немедленным результатом. Если же речь идет о психопатии, с большим количеством СИЭР и, соответственно, как бы сотканной из пустых усилий, речь идет о долгосрочной психотерапии, включающей не просто многократное применение методики терапевтом, но и изучение ее терапевтических механизмов пациентом с целью дальнейшего самостоятельного применения техники для самопомощи. Такое долгосрочное вмешательство может

сопрягаться с более объемными и широкими методами психотерапии или системами личностного роста. В нашей практике длительное применение МИВ обычно спаивается с ТТСБ [7], в ткань которой методика вплетается наиболее естественным образом, благодаря общим биологически и клинически-ориентированным методологическим предпосылкам (в этом случае пациентами изучаются механизмы возникновения пустых усилий, описанные ниже). Нет, однако, никаких видимых препятствий к тому, чтобы работа по “удалению” пустых усилий в ее техническом варианте не сочеталась бы с другими методами психотерапии (например, классической когнитивной терапией). Мы также не раз наблюдали очевидную пользу от освобождения от пустых усилий у людей, занимающимися исторически сложившимися духовными практиками.

В любом случае, освобождаясь от пустого усилия, человек освобождается от субъективно-избыточной эмоциональной реакции, а вместе с ней и от душевного торможения, от внутренней блокировки. Поток психической жизни избавляется от препятствия, и восстанавливается спонтанная активность. Описывая такую перемену в себе, некоторые пациенты используют такие метафоры, как “освобождение”, “возвращение креативности”, “радость нахождения собственного пути”, “чувство включенности в жизнь”, “воодушевление”, “переживание подлинности”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейлер Э. Аффективность, внушаемость, паранойя: Пер. с немецкого — Москва, 2001. — 208 с.
2. Бурно А. М. Когнитивный элемент вины, которым несправедливо пренебрегают // Психотерапия — 2009, № 4, с. 22 – 35.
3. Бурно А. М. Методика инверсии возможностей. Пособие для врачей. Москва: РУДН, 2011 – 68 с.
4. Бурно А. М. Когда клиенты переживают слишком сильно // Психотерапия — 2011, № 11, с. 21 – 27.
5. Бурно А. М. Пустое усилие как явление здоровой и больной душевной жизни // Медицинская психология в России — 2012, N17, <http://medpsy.ru>.
6. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. Москва, Академический проект, 2006.
7. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. Москва, Академический проект, 2012.
8. Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). — М.: Академический проект; Фонд “Мир”, 2008 — 600 с.
9. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. Москва, Медицина, 1964 — 290 с.
10. Кречмер Э. Строение тела и характер. Пер. с немецкого. Москва, Педагогика-Пресс, 1995 — 608с.
11. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. СПб., Питер, 1999 — 200 с.
12. Westphal C. Uber Zwangsvorstellungen. Berliner Klinische Wochenschrift, 1877, № 46 – 47.

Представитель пациента

Ю. Н. Аргунова

Рассматривается институт представительства интересов дееспособного пациента при оказании психиатрической помощи: виды представительства, порядок оформления, полномочия представителя, обязанности администрации учреждения. Анализируются положения законодательства о бесплатной юридической помощи для пациентов данной категории. Обосновывается недопустимость игнорирования права пациента пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов.

Ключевые слова: представитель пациента, права пациента при оказании психиатрической помощи.

Институт представительства граждан при оказании им медицинской помощи не получил своего закрепления в новом базовом *Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”* (далее — Закон об охране здоровья), что является безусловным упущением законодателя.

Согласно ч. 5 ст. 19 Закона об охране здоровья пациент имеет право на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья (п. 5), а также на допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав (п. 10). Законные представители, однако, вправе (и обязаны) представлять интересы лишь некоторых категорий пациентов — несовершеннолетних до достижения ими 15-летнего возраста (больных наркоманией до достижения 16-летнего возраста), недееспособных пациентов либо пациентов, проходящих принудительное лечение в порядке, предусмотренном УК РФ. Что касается адвокатов, то они приглашаются пациентами в исключительных случаях: преимущественно при возникновении конфликта с администрацией или медперсоналом лечебного учреждения, грозящего перераста в судебное разбирательство.

Большинство же пациентов — совершеннолетних дееспособных граждан — на период лечения обычно рассчитывает на помощь членов своей семьи, или, если таковых не имеется, близких друзей. Однако само по себе наличие супружеских отношений или родства с пациентом не позволяет членам его семьи принимать за него решения, выступать от его имени. Требования родственников пациента, считающихся «посторонними» лицами, не обязательны для врача. Так, норма о врачебной тайне не позволяет этим лицам без согласия больного получать сведения о состоянии его здоровья, результатах его обследования. Кроме того иногда среди близких лиц пациента нет согласия и единого адекватного понимания необхо-

димости принятия тех или иных решений, что чревато конфликтами. В таких случаях в интересах пациента и в определенном смысле для обеспечения нормальной работы учреждения вполне может быть использован гражданско-правовой институт “представительства перед третьими лицами”, применяемый в различных сферах правоотношений. Пациенту не должно быть отказано в возможности выбрать по своему усмотрению лицо для представления его интересов при оказании медицинской помощи и оформить на него доверенность с указанием тех действий, которые представитель может совершать от имени доверителя. Это вытекает из положения ч. 2 ст. 45 Конституции РФ, в соответствии с которой каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом. При правильном подходе в организации данного процесса представитель пациента, действующий в его интересах, может одновременно стать своего рода помощником врача в решении не только организационных, но и лечебных задач.

Упоминание о представителе (пациента) можно обнаружить лишь в ч. 2 ст. 21 Закона об охране здоровья, предоставляющей гражданину право на выбор врача путем подачи заявления как лично, так и через своего представителя. Аналогичная норма включена в п. 5 ч. 1 ст. 16 *Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”*.

Свое закрепление институт представителя пациента получил в специальной норме отраслевого закона — *Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”* (далее — Закон о психиатрической помощи). И это понятно, поскольку психические нарушения, а также нахождение в закрытом отделении не позволяют многим пациентам психиатрических учреждений реализовывать своевременно и в полном объеме принадлежащие им права. Попытки обжало-

вать действия врачей, оспорить применение мер физического стеснения и изоляции либо установление различных ограничений в правах приводят к противоположным результатам: запреты и ограничения продлеваются и к ним добавляются новые. Пребывание в психиатрическом стационаре затрагивает конституционные права граждан, в частности право на свободу передвижения, право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 27 и 22 Конституции РФ), которые нуждаются в эффективной защите.

Результаты проведенных мониторингов показывают, что нарушения прав пациентов психиатрических стационаров носят массовый характер. Большинство психиатрических учреждений отказывает пациентам в праве на получение информации о состоянии их психического здоровья, копий медицинских документов. Пациентам не только не сообщаются и не разъясняются, но от них даже утаиваются основания помещения в стационар, фальсифицируется согласие на госпитализацию и лечение. Игнорируется право пациента подавать без цензуры жалобы и заявления в органы власти, прокуратуру, суд. Такие обращения перлюстрируются и вместо направления адресату подшиваются в историю болезни. В некоторых больницах цензурируется не только исходящая корреспонденция пациента (чтобы, как говорят врачи, “не посылать ахиною”), но и входящая (чтобы “если что, не травмировать пациента”).

Из-за недоработок администрации больниц пациенты, как правило, лишены ежедневных прогулок, права пользоваться телефоном. Им запрещают видеться с адвокатами и иными избранными ими представителями, принимать представителей правозащитных организаций. Во многих больницах телефонные переговоры и свидания с родными проходят исключительно в присутствии обслуживающего персонала (медсестры, соцработника или санитаря), что нарушает конфиденциальность таких встреч. Для получения свидания требуется предварительное разрешение администрации. Не реализуется естественное право пациента на уединение. Во всех психиатрических стационарах имеются пациенты, находящиеся там не по медицинским, а исключительно по социальным показаниям, в т.ч. в связи с конфликтными отношениями с членами семьи, с которыми они проживают.

Пациенты, зачастую, используются в качестве бесплатной рабочей силы при проведении ремонта, уборки помещений и территории больницы, разгрузки автомашин, переноски тяжестей, в т.ч. горячей пищи, для работы в прачечной, на кухне. Если пациенты заняты на работе в лечебно-трудовых мастерских или в подсобном хозяйстве больницы, оплата их труда носит символический характер.¹

¹ См. подробнее: Виноградова Л. Н., Савенко Ю. С., Спиридонова Н. В. Мониторинг психиатрических стационаров России // Независимый психиатрический журнал, 2004, № 3.

Нарушаются права пациента при недобровольной госпитализации. Администрацией больницы не соблюдается 48-часовой срок для подачи заявления в суд; не обеспечивается возможность участия пациента и его представителя в судебном заседании по рассмотрению вопроса о правомерности такой госпитализации; решение суда выдается только психиатрическому учреждению, которое не знакомит с ним пациента, что не позволяет пациенту своевременно его обжаловать. Вследствие неисполнения законодателем Постановления Европейского Суда по правам человека по делу “Ракевич против России” (2003 г.) пациенты по-прежнему не обеспечены правом самостоятельно инициировать судебную процедуру проверки обоснованности их недобровольной госпитализации.

В ходе мониторинга нарушений прав лиц с психическими расстройствами, проведенного в 2011 г. группой региональных общественных организаций инвалидов, половина (52 %) пациентов психиатрических учреждений указала, что их права в данных учреждениях не соблюдаются. 83 % респондентов, куда входили и члены семей таких граждан, недовольны качеством оказанной психиатрической помощи, большинство из них выказали недовольство отсутствием возможности выбора лечащего врача и (или) лечебного учреждения².

Не случайно, поэтому, в Законе о психиатрической помощи помимо института представителя пациента заложена норма, обязывающая государство создать независимую от органов здравоохранения службу защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (ст. 38).

Кто может быть представителем пациента?

В соответствии с ч. 1 ст. 7 Закона о психиатрической помощи *гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов*. При этом согласно ч. 1 ст. 37 Закона такое право пациенту *должно быть разъяснено*, о чем должна делаться запись в меддокументации.

Представителем может быть любое совершеннолетнее дееспособное лицо как состоящее, так и не состоящее в родственных отношениях с пациентом. В качестве представителя может выступать адвокат, а также работник государственного юридического бюро или иное лицо, уполномоченное государственным юридическим бюро оказывать бесплатную юридическую помощь (ч. 3 ст. 7 Закона о психиатрической помощи).

² Мониторинг нарушений прав лиц с ментальной инвалидностью и членов их семей. — М.: РООИ “Перспектива”, 2011. С. 5, 13.

В соответствии с *Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 324-ФЗ “О бесплатной юридической помощи в Российской Федерации”* (далее — Закон о бесплатной юридической помощи) государственные юридические бюро и адвокаты, являющиеся участниками государственной системы бесплатной юридической помощи:

1) осуществляют правовое консультирование в устной и письменной форме, а также составляют заявления, жалобы, ходатайства и другие документы правового характера для граждан в случаях обжалования ими нарушений их прав и свобод при оказании психиатрической помощи;

2) представляют в судах и организациях (а, следовательно, и перед администрацией больницы) интересы граждан, в отношении которых судами рассматриваются дела о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар или продлении срока такой госпитализации.

Часть 3 ст. 7 Закона о психиатрической помощи (в ред. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 326-ФЗ) несколько противоречит, однако, положениям Закона о бесплатной юридической помощи, необоснованно ограничивая круг пациентов, имеющих право на бесплатную юридическую помощь. В то время как Закон о бесплатной юридической помощи наделяет таким правом всех “граждан”, обжалующих нарушения их прав при оказании психиатрической помощи, а также предстающих перед судом по делам об их недобровольной госпитализации, Закон о психиатрической помощи распространяет такое право лишь на пациентов из числа “лиц, страдающих психическими расстройствами”. Отсюда напрашивается вывод, что пациенты, у которых психическое расстройство еще не выявлено, право иметь представителя, не имеют. Такое же противоречие (как нам представляется вследствие небрежности законодателя) обнаруживается и внутри самой ч. 3 ст. 7 Закона о психиатрической помощи.

По нашему мнению, приоритет в данном случае должны иметь положения Закона о бесплатной юридической помощи (а также правило, содержащееся в первом предложении ч. 3 ст. 7 Закона о психиатрической помощи), поскольку они закрепляют право на бесплатную юридическую помощь за всеми пациентами, включая и тех, у которых психическое расстройство пока не диагностировано, а обоснованность недобровольной госпитализации еще не подтверждена судом.

Предусмотрены ли ограничения в праве пациента иметь представителя?

Закон о психиатрической помощи не содержит каких-либо ограничений для представительства пациента. Следовательно, представительство гражданина как пациента возможно:

– в ходе проведения мероприятий по оказанию любого вида психиатрической помощи: как стационарной, так и амбулаторной (консультативно-лечебной или диспансерного наблюдения). Представительство лиц, к которым применяются принудительные меры медицинского характера, исходя из положений ст. 445 УПК РФ, а также ч. 2 ст. 13 и ст. 37 Закона о психиатрической помощи, осуществляют их законные представители, а также адвокаты и работники государственных юридических бюро;

– вне зависимости от наличия или отсутствия у лица психического расстройства;

– вне зависимости от характера, тяжести и иных особенностей психического расстройства (при его наличии);

– при проведении как добровольного, так и недобровольного психиатрического освидетельствования или госпитализации (по основаниям ч. 4 ст. 23 и ст. 29 Закона о психиатрической помощи);

– в период производства всех видов психиатрических экспертиз, в т.ч. судебно-психиатрической экспертизы лицам, не содержащимся под стражей (ч. 2 ст. 32 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”).

Обязанности администрации учреждения в отношении представителя пациента

Закон прямо не предусматривает обязанность администрации учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивать пациенту возможность приглашения любого выбранного им представителя. Исключение установлено лишь для адвоката и работника государственного юридического бюро, оказывающего бесплатную юридическую помощь (ч. 3 ст. 7): возможность их приглашения должна быть администрацией обеспечена. Однако это не означает, что администрация не должна создавать условий для приглашения представителя, не являющегося адвокатом. Такая обязанность вытекает из общего правила, установленного в ч. 1 ст. 39, согласно которому администрация и медперсонал психиатрического стационара *обязаны создавать условия для осуществления прав пациентов*, предусмотренных настоящим Законом. Право пригласить представителя — одно из таких прав.

В неотложных случаях Закон о психиатрической помощи освобождает администрацию от обязанности по обеспечению пациенту возможности пригласить адвоката или работника государственного юридического бюро для получения бесплатной правовой помощи. Это касается случаев освидетельствования или госпитализации в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным п. “а” ч. 4 ст. 23 и п. “а” ст. 29 Закона, т.е. если психическое расстройство

лица является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих.

Освобождение учреждения от указанной обязанности в случаях применения п. “а” ст. 29 противоречит, однако, концепции Закона о бесплатной юридической помощи. Пациент особенно уязвим именно в случаях недобровольной госпитализации, включая госпитализацию по п. “а” ст. 29. Собственно поэтому законодатель и предусмотрел для таких пациентов бесплатное представительство их интересов, как в суде, так и в больнице. Если же администрация по-прежнему будет де-юре освобождена от указанной выше обязанности, функционирование государственной системы бесплатной юридической помощи таким гражданам окажется под вопросом.

Указанное положение ч. 3 ст. 7 Закона о психиатрической помощи не согласуется в полной мере и с ч. 1 ст. 48 Конституции РФ, гарантирующей каждому гражданину право на получение квалифицированной юридической помощи. Согласно ч. 2 ст. 48 Конституции РФ каждый заключенный под стражу имеет право пользоваться помощью адвоката (защитника) с момента заключения под стражу. Как известно, законное помещение в психиатрический стационар “душевнобольных” в соответствии с п. “е” ч. 1 ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод квалифицируется как заключение под стражу.

Следует также иметь в виду и такую ситуацию, когда гражданин заранее побеспокоился о приглашении представителя, т.к. не исключал для себя вероятность предстоящего недобровольного освидетельствования (госпитализации), и теперь настаивает на его присутствии. В случае если представитель находится при освидетельствуемом (госпитализируемом) гражданине, администрация учреждения не вправе не допускать его к защите прав такого гражданина лишь на том основании, что она согласно закону не обязана в неотложных случаях обеспечивать пациенту возможность приглашения представителя. Иными словами, освобождение учреждения от такой обязанности само по себе не подразумевает автоматический запрет для пациента пользоваться услугами представителя в указанных (неотложных) случаях.

Приведем пример из нашей практики.

Гр. З., ранее по инициативе сына уже подвергавшаяся недобровольному психиатрическому освидетельствованию и госпитализации и каждый раз оказывавшаяся без представителя, который мог бы своевременно и эффективно защитить ее интересы, по рекомендации автора настоящей статьи заблаговременно оформила у нотариуса доверенность на имя своей знакомой с высшим юридическим образованием, которой она доверяла.

В очередной раз, когда сын решил поместить мать в психиатрическую больницу по причине, якобы, ее агрессивности, она успела связаться со своим представителем, вовремя прибывшим на место со-

бытий. Фельдшер скорой психиатрической помощи не позволил сопроводить госпитализируемую в больницу, вырвал из ее рук телефон, оттолкнул представителя от автомобиля, куда затолкнут пожилую женщину, и быстро увез ее в больницу. Несмотря на это, представителю удалось узнать, в какую больницу доставили ее доверителя и прибыть туда. Имевшиеся в распоряжении представителя медицинские, судебные и иные документы гр. З., проясняющие ситуацию, а также незамедлительное вмешательство юридической службы НПА России позволили врачам в кратчайший срок принять обоснованное решение и менее чем через 48 часов вернуть пациентку домой.

В другой похожей ситуации автор данной статьи, имевшая полномочия представлять интересы гр. С. в случае оказания ей психиатрической помощи, разъяснила своему доверителю, что в случае если ее дочь реализует угрозу ее недобровольного стационарирования, и врачи не разрешат воспользоваться телефоном, то ей следует просить администрацию больницы “под страхом наказания” исполнить требования абзаца пятого ст. 36 Закона о психиатрической помощи. Эта норма обязывает администрацию и медперсонал психиатрического стационара в течение 24 часов с момента поступления пациента в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию. Таким “иным” лицом “по указанию пациента” может быть лицо, имеющее полномочия его представителя при оказании психиатрической помощи. “Меры по оповещению” (при условии, если они действительно будут администрацией приняты) позволяют пациенту оперативно обеспечить защиту своих прав. Правило абзаца пятого ст. 36 Закона о психиатрической помощи в определенной мере нейтрализует те негативные для пациента последствия, которые вытекают из применения ч. 3 ст. 7, освобождающей в таких случаях администрацию от обязанности по обеспечению пациенту возможности пригласить адвоката или работника государственного юридического бюро для получения бесплатной правовой помощи.

Порядок оформления представительства

По вопросу о порядке оформления представительства пациента ч. 1 ст. 7 Закона о психиатрической помощи отсылает к ГК РФ, который, впрочем, содержит лишь общие правила оформления представительства. Исходя из положений ст. 185 ГК РФ, для представительства интересов пациента при оказании психиатрической помощи потребуется доверенность (письменное уполномочие) с указанием полномочий представителя.

Доверенность может быть также разовой (для совершения отдельного действия), общей (для соверше-

ния нескольких действий), генеральной (на совершение различных сделок и юридических действий, необходимых для управления имуществом доверителя на период его отсутствия) с указанием среди прочего полномочия при осуществлении представительства при оказании психиатрической помощи. Так, в упоминавшемся случае с госпитализацией гр. З. доверенность была выдана на ведение от ее имени дел во всех госучреждениях и организациях с правом быть представителем в любых медучреждениях, в т.ч. больницах, диспансерах, стационарах, для чего представителю предоставлялось право предъявлять необходимые справки и документы, получать на руки медкарту, выписки из истории болезни и другие меддокументы.

Адвокат представляет доверителя также на основании доверенности. В ряде случаев адвокат должен иметь ордер на исполнение поручения, выданный адвокатским образованием. Адвокат осуществляет свою деятельность на основе соглашения с доверителем. Доверителем может быть не только сам дееспособный пациент, но и его представитель. Соглашение представляет собой гражданско-правовой договор, заключенный в простой письменной форме, на оказание юридической помощи самому доверителю или назначенному им лицу. Администрация лечебного учреждения не вправе требовать от адвоката и его доверителя предъявления соглашения об оказании юридической помощи.

Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь, может осуществляться по трем направлениям, для каждого из которых предполагаются свои правила оформления представительства.

1. Представительство пациента перед администрацией психиатрического учреждения. Для этих целей достаточно доверенности, составленной в простой письменной форме.

Если доверенность заранее (до освидетельствования или стационарирования) не оформлена, она может быть составлена и подписана пациентом непосредственно при нахождении в психиатрическом учреждении. Если пациент подписал доверенность в отсутствие работника учреждения (например, во время свидания с родственником), врачу следует убедиться в подлинности документа. Отказ администрации “признавать” подписанную пациентом доверенность должен быть мотивированным.

Если пациент намеривается подписать доверенность в присутствии врача, то врачу следует убедиться в том, что доверенность выдается пациентом без принуждения, что ее содержание соответствует истинным намерениям пациента, а также в том, что он на момент подписания документа по своему психическому состоянию способен к свободному волеизъявлению, понимает смысл, значение и юридические последствия доверенности. Если пациент не выражает желания подписывать доверенность или находится в

состоянии, не позволяющем ему принять решение по данному вопросу, врач может отложить решение вопроса на некоторое (максимально короткое) время — до момента, когда состояние пациента позволит ему определиться по вопросу о его представителе. Часто встречающийся отказ администрации психиатрического учреждения в оказании содействия в оформлении доверенности на том основании, что “пациент болен и поэтому в принципе не может понимать значение своих действий”, не основан на законе.

2. Представительство пациента в судебном заседании при рассмотрении заявления ПНД (больницы) о его недобровольном освидетельствовании (госпитализации). Такое представительство в отличие от представительства пациента перед администрацией лечебного учреждения, является обязательным. Оно оформляется в порядке, установленном главой 5 ГПК РФ.

Если доверенность на ведение дела не оформлена в нотариальном порядке или если пациент не намерен определить полномочия своего представителя в устном либо письменном заявлении непосредственно в судебном заседании (ч. 6 ст. 53 ГПК РФ), то такая доверенность может быть удостоверена администрацией лечебного учреждения (ч. 2 ст. 53 ГПК РФ).

Представлять интересы пациента в суде может тот же представитель, который осуществляет защиту прав пациента перед администрацией учреждения при наличии записи об этом полномочии в доверенности. Пациент может уполномочить своего представителя на приглашение адвоката или работника государственного юридического бюро для защиты его прав в суде. Право адвоката на выступление в суде в качестве представителя удостоверяется ордером, выданным соответствующим адвокатским образованием.

Если пациент по своему состоянию не способен выбрать представителя для участия в судебном заседании, закон обязывает суд в пределах отведенных законом сроков рассмотрения дела обеспечить такому пациенту назначение представителя.

3. Представительство гражданина в период оказания ему психиатрической помощи **по вопросам, непосредственно не связанным с оказанием такой помощи.** Оно выражается в совершении действий по реализации принадлежащих гражданину трудовых, пенсионных, жилищных, семейных и иных прав, при совершении гражданско-правовых сделок, кроме завещания. Речь идет о представительстве интересов гражданина перед его работодателем, например в связи с выплатой пособия по временной нетрудоспособности; перед руководством вуза, где обучается гражданин, например, по поводу оформления академического отпуска по медицинским показаниям; в страховой компании; в банке для получения денежного вклада; в пенсионных органах; в управляющей компании по поводу перерасчета коммунальных пла-

тежей в связи с временным отсутствием лица по месту жительства и т.д.).

Администрацией стационарного лечебного учреждения, в котором находится гражданин, может быть удостоверена доверенность на получение заработной платы и иных платежей, связанных с трудовыми отношениями, на получение вознаграждения авторов и изобретателей, пенсий, пособий и стипендий, вкладов в банках и на получение корреспонденции, в т.ч. денежной и посылочной (п. 4 ст. 185 ГК РФ). Администрация психиатрического учреждения вправе отказать лицу, иницирующему подписание такой доверенности, удостоверить её, если по заключению врачей-психиатров пациент в данный момент по своему психическому состоянию не способен выразить свою волю, понимать смысл и правовые последствия выдаваемой им доверенности либо пациент отказывается подписать доверенность.

Перечень, приведенный в п. 4 ст. 185 ГК РФ, является исчерпывающим. Администрация не вправе удостоверить, например, доверенность на продажу квартиры пациента. Для совершения такой сделки требуется нотариально удостоверенная доверенность. К нотариально удостоверенным приравниваются, в частности доверенности военнослужащих и других лиц, находящихся на излечении в госпиталях, санаториях и других военно-лечебных учреждениях, удостоверенные начальником такого учреждения, его заместителем по медицинской части, старшим или дежурным врачом (п. 3 ст. 185 ГК РФ). Доверенности, удостоверенные администрацией иных лечебных учреждений, к нотариально удостоверенным доверенностям не приравниваются.

Действие доверенности прекращается вследствие: истечения срока ее действия (срок действия доверенности не может превышать 3-х лет; если срок в доверенности не указан, она сохраняет силу в течение 1 года со дня ее совершения); отмены доверенности лицом, выдавшим ее; отказа лица, которому выдана доверенность; признания лица, выдавшего доверенность (или лица, которому выдана доверенность) недееспособным; смерти лица. Доверенность, в которой не указана дата ее совершения, ничтожна.

Полномочия представителя пациента перед администрацией учреждения

Психиатрические учреждения по-разному представляют себе круг возможных полномочий представителя пациента перед администрацией учреждения, врачи часто задаются вопросом, защиту каких прав пациента вправе осуществлять его представитель?

Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, перечислены в ст. 37 Закона о психиатрии

ической помощи. Однако этот перечень не является исчерпывающим³. При оказании психиатрической помощи пациенты имеют также права, установленные ч. 2 ст. 5 этого закона, права, вытекающие из других его норм, а также права, предусмотренные ч. 5 ст. 19 Закона об охране здоровья. Кроме того пациенты обладают всеми правами и свободами граждан, закрепленными Конституцией РФ и федеральными законами.

Часть 3 ст. 37 Закона о психиатрической помощи содержит перечень прав пациентов, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача зав. отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц. Этот перечень — исчерпывающий.

Представитель пациента (если его полномочия в доверенности не конкретизированы) вправе, следовательно, защищать весь спектр прав своего доверителя, которые требуют защиты в связи с оказанием ему психиатрической помощи, начиная с фундаментальных прав личности — права на жизнь, свободу и достоинство. Представитель вправе следить за тем, чтобы условия пребывания пациента в медучреждении были безопасными, не создавалась угроза его жизни агрессивным поведением окружающих, в т.ч. медперсонала, аутоагрессией, нарушением санитарно-гигиенических требований; чтобы психиатрическая помощь оказывалась в наименее ограничительных условиях, а содержание в стационаре не превышало срока, необходимого для обследования и лечения. Представитель вправе потребовать разъяснения его доверителю оснований и цели стационарирования, помещения в наблюдательную палату, требовать приглашения указанного им специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, для работы во врачебной комиссии. По указанию пациента администрация обязана информировать представителя пациента об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним. Представитель вправе участвовать в урегулировании споров, связанных с лишением пациента права на ежедневные прогулки, права пользоваться телефоном, собственной одеждой, принимать посетителей и др.

В случае недобровольной госпитализации представитель может следить за соблюдением администрацией больницы сроков подачи заявления в суд, а также потребовать предъявления санкции суда, которая должна быть получена через 48 часов с момента госпитализации пациента. Представитель может обращать внимание администрации стационара на неуважительное или негуманное отношение медперсонала к его доверителю, унижающее человеческое достоинство, нарушение конфиденциальности пере-

³ См.: п. 2.2. Определения Конституционного Суда РФ от 29.09.2011 № 1068-О-О по жалобе гражданина Данилина В. В.

даваемых пациентом сведений; согласовывать вопрос о посещении пациента представителями правозащитных общественных объединений, правомочных осуществлять контроль за соблюдением прав граждан при оказании им психиатрической помощи.

При длительном нахождении пациента в стационаре в недобровольном порядке представитель может поинтересоваться, проведено ли пациенту очередное ежемесячное комиссионное освидетельствование для решения вопроса о продлении госпитализации; сохранились ли основания (и какие именно) для такого пребывания, а также получено ли судебное решение о продлении госпитализации по истечении 6 месяцев с момента помещения пациента в стационар.

Ряд возможных дополнительных полномочий могут иметь представители пациентов частных психиатрических клиник. Такие полномочия вытекают из условий заключаемого ими договора об оказании медицинских услуг. При оформлении договорных отношений с конкретной психиатрической клиникой пациент приобретает *статус потребителя* (пользователя) медицинских услуг в сфере оказания психиатрической помощи. Его права при предоставлении таких услуг будут также регулироваться **Законом РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 “О защите прав потребителей”**. Эти права не переносятся в его отношения с другими психиатрическими организациями. Такие отношения потребуют заключения иного договора, по которому сформируется самостоятельное правоотношение с возникновением у лица иных договорных прав и обязанностей.

Представитель пациента — пользователя платными медицинскими услугами, как правило, уполномочен пациентом требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о перерасчете стоимости оказанной услуги и др. Он вправе предъявлять требования о безвозмездном устранении недостатков предоставленных услуг; о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора; о возмещении понесенных пациентом расходов по устранению недостатков услуги своими силами или третьими лицами (в большинстве случаев по своему выбору); о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью; о компенсации морального вреда в соответствии с нормами ГК РФ, Закона РФ “О защите прав потребителей”, **Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006**.

При нарушении медицинской организацией предусмотренных договором сроков предоставления услуг пациент через своего представителя вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги, либо потребовать исполнения услуги другим специалистом, либо потребовать соразмерного уменьше-

ния цены за предоставление услуги, либо отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков. Вопрос о сроках оказания услуг должен решаться в контексте своевременности оказания психиатрической помощи применительно к моменту в развитии психического расстройства, а не только к моменту, установленному договором.

Сложности в восприятии психиатрической помощи в качестве медицинской услуги, а пациента психиатрической клиники как потребителя такой услуги в силу значительной специфики отношений, возникающих при оказании данного вида помощи и тем более на возмездной основе (в отличие от оказания иных платных медицинских услуг), не позволяет обеспечить надежный механизм защиты прав, как самого пациента, так и психиатрической организации.

На практике возникают трудности в решении вопроса о том, может ли представитель дееспособного пациента от его имени давать согласие на оказание психиатрической помощи либо отказываться от него. Сторонники положительного ответа на данный вопрос исходят из того, что представитель пациента (отец, брат, коллега и т.д.) имеет такое же правовое положение, как и законный представитель пациента (родитель больного ребенка, опекун недееспособного). Однако это утверждение, на наш взгляд, не вполне убедительно. Юридическая природа добровольного представительства и представительства обязательно, т.е. основанного на законе, — различна. По нашему мнению, информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование, лечение, госпитализацию врачи должны получать непосредственно от самого дееспособного пациента, если по своему психическому состоянию пациент способен к волеизъявлению. Если же состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю и при этом имеются основания для его недобровольного освидетельствования (госпитализации), пациент может быть освидетельствован (помещен в стационар) исходя из требований Закона, т.е. по решению суда. В подобных случаях замена судебной процедуры согласием (на освидетельствование, госпитализацию), полученным от представителя такого пациента, с нашей точки зрения, не легитимна.

Следует учитывать также то обстоятельство, что добровольность обращения за психиатрической помощью (или оказание ее с согласия лица) вынесена в Законе о психиатрической помощи “за скобки” тех статей Закона, которые посвящены исключительно правам пациентов. Это можно объяснить тем, что данное положение является общим, оно закреплено в ст. 4 Закона и служит необходимым условием оказания психиатрической помощи. Ни ст. 5, ни ст. 37 Закона, посвященные правам пациента, не предусматривают право на предварительное согласие и отказ от получения психиатрической помощи. Лишь в ч. 1 ст. 12 Закона говорится о праве лица, страдающего

психическим расстройством, отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его.

Пациент в принципе может делегировать представителю решение вопроса о даче согласия или об отказе от медицинского вмешательства. Однако даже если в выданной пациентом доверенности действительно будет ясно указано о наделении представителя таким полномочием, это не должно означать для врача и администрации больницы, что наличие такой доверенности делает ненужным выяснять у самого пациента его волю по данному вопросу. Пациент может оказаться не в курсе того, что его представитель, не посоветовавшись с ним, уже дал от его имени согласие на лечение, имеющее то или иное нежелательное побочное действие, или, наоборот, отказался от единственно эффективного лечения, на проведение которого сам пациент дал бы свое согласие. Надо также учитывать, что пациент в любой момент может изменить решение о наделении представителя таким полномочием и отозвать доверенность.

Администрация психиатрического стационара не должна чинить препятствия для встреч пациента на-

едине со своим представителем (физическим лицом), мотивируя свой отказ тем, что абзац четвертый ч. 2 ст. 37 Закона о психиатрической помощи предусматривает право пациента встречаться наедине только с адвокатом, работником или уполномоченным лицом государственного юридического бюро и со священнослужителем. Пациенты, приглашающие по своему выбору представителей, будь то оплачиваемый ими адвокат, работник государственного юридического бюро, услуги которого для пациента бесплатны, или родственник, друг пациента, должны иметь равное право на конфиденциальные встречи с уполномоченными лицами, которым они доверили защиту своих прав и законных интересов.

Статья 47 Закона о психиатрической помощи позволяет представителю пациента, чьи права и законные интересы нарушены действиями медработников, иных специалистов, врачебных комиссий, подать от имени пациента жалобу в вышестоящий орган, прокурору или непосредственно в суд.

Нарушение прав представителя пациента фактически является нарушением прав самого пациента.

К вопросу о законности правоприменительной практики в части порядка установления диспансерного наблюдения в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами

А. Г. Устинов

В статье указывается на допущенный законодателем юридико-технический дефект ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” в части неопределенности в аспекте правового регулирования порядка установления диспансерного наблюдения как вида медицинского вмешательства.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, информированное добровольное согласие, медицинское вмешательство; лица, страдающие тяжелыми психическими расстройствами.

Проблема информированного добровольного согласия на оказание психиатрической помощи всегда была значимой для мировой психиатрии вообще и отечественной, в частности, и приобрела фундаментальный характер с развитием институтов гражданского общества. Задача законодателя — найти и обеспечить конституционно-правовой баланс интересов личности, общества и государства в сфере отношений, связанных с деятельностью в области оказания психиатрической помощи.

Со вступлением в силу Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон об охране здоровья) в результате допущенной законодательной ошибки обнаружилась правовая неопределенность в вопросе регламентирования поряд-

ка установления диспансерного наблюдения в отношении лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, и необходимости получения от них информированного добровольного согласия на такое медицинское вмешательство.

Согласно ч. 2 ст. 27 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи) решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией

врачей-психиатров, назначаемой органом управления здравоохранением субъекта РФ.

В силу ч. 3 ст. 26 Закона о психиатрической помощи диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя. Нормы ч. 3 ст. 26 и ч. 2 ст. 27 Закона о психиатрической помощи корреспондировали нормам ст. 34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее — Основы), которые, будучи по своей природе общими по отношению к нормам, относящимся к законодательству о психиатрической помощи, устанавливали, что оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, на основаниях и в порядке, предусмотренных законодательством РФ.

Таким образом, никаких противоречий в порядке установления диспансерного наблюдения в отношении лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (далее — лица, указанные в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи), нормы Основ и Закона о психиатрической помощи не содержали и полностью согласовывались друг с другом. Правоприменительная практика комиссий врачей-психиатров по установлению диспансерного наблюдения также соответствовала закону.

С 23 ноября 2011 г. Основы утратили силу. Новый Закон об охране здоровья в ч. 3 ст. 3 закрепил правило, что 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 Закона об охране здоровья применяются нормы последнего.

Как следует из ч. 1 ст. 20 Закона об охране здоровья, необходимым предварительным условием меди-

цинского вмешательства является дача гражданином или его законным представителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. При этом федеральный законодатель в ч. 9 той же статьи¹ предусмотрел исключения из этого общего правила, установив случаи, при которых осуществление медицинского вмешательства допускается без согласия гражданина или его законного представителя. Перечень этих случаев является исчерпывающим и не подлежит расширительному толкованию. В частности, законодатель к такого рода случаям отнес медицинское вмешательство в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами (п. 3 ч. 9 ст. 20 Закона об охране здоровья). В качестве же субъекта принятия решения о медицинском вмешательстве в отношении указанной категории лиц в случаях и в порядке, которые установлены законодательством РФ, был определен суд (п. 2 ч. 10 ст. 20 Закона об охране здоровья)².

Между тем, буквальное толкование п. 2 ч. 10 ст. 20 Закона об охране здоровья позволяет сделать вывод о том, что дискреция суда по принятию решения о медицинском вмешательстве в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, ограничена случаями и порядком, которые предусмотрены законодательством РФ, в т.ч. Законом о психиатрической помощи.

Как известно, к таким случаям Закон о психиатрической помощи относит психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя на основании решения суда (п. “б”, “в” ч. 4 ст. 23), а также госпитализацию лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным ст. 29 Закона, и продление срока принудительной госпитализации.

¹ “Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

...9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или его законного представителя допускается:

- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить его волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части второй настоящей статьи);
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы”.

² “10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или его законного представителя принимается:

- 2) ...в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, — судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации”.

Само же диспансерное наблюдение в отношении лиц, указанных в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи, предусматривает согласно ч. 2 ст. 27 данного Закона иной (внесудебный) порядок его установления, поэтому оно не подпадает под действие п. 2 ч. 10 ст. 20 Закона об охране здоровья, т.е. не ставит в качестве необходимого предварительного условия его осуществления получение судебного решения. При этом допускается возможность обжалования мотивированного решения комиссии врачей-психиатров об установлении диспансерного наблюдения в судебном порядке (ч. 3 ст. 27, ч. 1 ст. 48 Закона о психиатрической помощи).

Федеральный законодатель не включил в перечень случаев, при которых осуществление медицинского вмешательства допускается без согласия гражданина или его законного представителя, установление в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, диспансерного наблюдения. Отсюда следует сделать вывод, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства в виде диспансерного наблюдения является дача лицом, страдающим тяжелым психическим расстройством, или его законным представителем информированного добровольного согласия на такой вид медицинского вмешательства (ч. 1 ст. 20 Закона об охране здоровья).

Таким образом, если само установление диспансерного наблюдения допускается исключительно при наличии согласия лица на это, то письменный отказ гражданина или его законного представителя от оказания амбулаторной психиатрической помощи в виде диспансерного наблюдения должен влечь за собой прекращение оказания такой помощи, а возобновление ранее прекращенного диспансерного наблюдения должно быть возможно только при наличии информированного добровольного согласия лица, в отношении которого возобновляется такое наблюдение, либо его законного представителя.

В силу ч. 7 ст. 20 Закона об охране здоровья информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента. Следует отметить, что ч. 3 ст. 26 Закона о психиатрической помощи допускает возможность получения согласия лица на установление в отношении его диспансерного наблюдения, однако отсутствие такого согласия не является юридически значимым при решении комиссией врачей-психиатров вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения.

Налицо существенные противоречия в нормах Закона об охране здоровья и Закона о психиатрической помощи в части порядка установления диспансерного наблюдения как вида медицинского вмешательства. Не позволяют устранить данные противоречия и ана-

лиз нормы, содержащейся в ч. 5 ст. 65 Закона об охране здоровья и определяющей, что психиатрическое освидетельствование проводится в соответствии с законодательством РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, а также рассуждения о том, что диспансерное наблюдение не является медицинским вмешательством. Психиатрическое освидетельствование и диспансерное наблюдение, как следует из ст. 23, 26, 27 Закона о психиатрической помощи, отличаются друг от друга по объему и целям осуществления, кругу лиц, а также юридически значимым последствиям. Так, психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи. Психиатрическое освидетельствование может проводиться в отношении любого лица, и как влечь, так и не влечь за собой юридически значимые последствия для обследуемого. Диспансерное же наблюдение представляет собой вид амбулаторной психиатрической помощи, устанавливается только в отношении определенной категории лиц и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи. Установление диспансерного наблюдения в отношении лиц, указанных в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи, всегда влечет для них юридически значимые последствия, например, в виде ограничения их права на осуществление отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

Как уже было сказано выше, и это согласуется с ч. 1 ст. 26 Закона о психиатрической помощи, диспансерное наблюдение есть вид медицинской помощи. В соответствии с п. 3 ст. 2 Закона об охране здоровья медицинская помощь представляет собой *комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг*. Сама же медицинская услуга, как следует из п. 4 ст. 2 данного Закона, есть не что иное, как *медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение*.

Таким образом, анализ вышеуказанных правовых норм дает основание считать диспансерное наблюдение видом медицинского вмешательства.

Психиатрическое освидетельствование как медицинская услуга, оказываемая в рамках диспансерного наблюдения и имеющая самостоятельное законченное значение, но при этом являющаяся неотъемлемой составляющей такого наблюдения, также должно проводиться при условии получения от лица как объекта медицинского вмешательства его информиро-

ванного добровольного согласия, иное вступало бы в противоречие с ч. 3 и 9 ст. 20 Закона об охране здоровья.

Норма ч. 5 ст. 65 Закона об охране здоровья, будучи по своей природе бланкетной, непосредственно не регулирует проведение психиатрического освидетельствования, а всего лишь указывает на то, что такое освидетельствование должно проводиться в соответствии с законодательством о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. На основании ч. 5 ст. 23 Закона о психиатрической помощи психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением. Однако федеральный законодатель, не включив в перечень случаев, при которых осуществление медицинского вмешательства допускается без согласия гражданина или его законного представителя, установление диспансерного наблюдения в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, тем самым допустил несогласованность действий норм, предусмотренных ч. 9 ст. 20 и ч. 5 ст. 65 Закона об охране здоровья, и их противоречие друг другу в части допустимости проведения психиатрического освидетельствования в рамках диспансерного наблюдения без согласия обследуемого.

Казалось бы, ясность в правовое регулирование порядка установления диспансерного наблюдения в отношении лиц, указанных в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи, должна была внести ч. 6 ст. 46 Закона об охране здоровья, определяющая, что в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, проведение диспансерного наблюдения является обязательным. Действительно, в этих случаях осуществление диспансерного наблюдения допускается без согласия гражданина или его законного представителя. Однако согласно ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи диспансерное наблюдение **может (!)** устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Таким образом, данный вид диспансерного наблюдения законодатель отнес не к обязательному, а факультативному и, тем самым, предоставил комиссии врачей-психиатров свободу усмотрения при решении вопроса об установлении диспансерного наблюдения даже при наличии критериев, указанных в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи.

Комиссии врачей-психиатров при решении вопроса об установлении диспансерного наблюдения не требуют у граждан информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства, несмотря на то, что Закон об охране здоровья в отличие от Закона о психиатрической помощи принят позднее и обладает большей юридической силой.

Трудно сказать, чем руководствовался законодатель, не включив установление диспансерного наблюдения как вида медицинской помощи в перечень случаев, при которых осуществление медицинского вмешательства допускается без согласия гражданина или его законного представителя. Автор считает, что имело место законодательное упущение.

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции РФ (ч. 1 ст. 3 Закона об охране здоровья). Конституция РФ (далее — Конституция) исходит из того, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина — обязанность государства (ст. 2 Конституции). В соответствии с ч. 1 ст. 41 Конституции каждому гарантируется право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В демократическом правовом государстве, каким провозглашается Россия (ч. 1 ст. 1 Конституции), это предполагает не только обязанность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения оказывать медицинскую помощь при обращении за ней, но и право граждан свободно принимать решение об обращении за медицинской помощью. Иное было бы недопустимым вмешательством в сферу индивидуальной свободы³. Однако эта свобода может быть ограничена только в конституционно значимых целях и только федеральным законом (ч. 3 ст. 55 Конституции). Федеральный закон (имеется в виду Закон об охране здоровья) в части установления диспансерного наблюдения не устанавливает подобных ограничений.

Между тем, автор не считает, что порядок установления диспансерного наблюдения исключительно с согласия гражданина будет наилучшим образом отвечать интересам здоровья такого гражданина. Ведь лицо, страдающее тяжелым психическим расстройством и нуждающееся в оказании ему психиатрической помощи, может и не дать такого согласия, мотивируя свой отказ тем, что установление наблюдения фактически приведет к поражению его в правах. Более того, неустановление диспансерного наблюдения в отношении лиц, указанных в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи, может создать угрозу безопасности для других граждан, тем самым, нарушив конституционно-правовой баланс интересов личности, общества и государства.

Не считает автор также целесообразным и установление диспансерного наблюдения на основании решения суда.

Во-первых, это приведет к повышению нагрузки на судей федеральных судов общей юрисдикции и концептуально не впишется в суть проводимой судеб-

³ См.: Определение Конституционного Суда РФ от 3 ноября 2009 г. № 1366-О-О по жалобе гражданки Загидулиной З. К.

ной реформы. К тому же, Закон о психиатрической помощи допускает судебный порядок обжалования решения комиссии врачей-психиатров об установлении диспансерного наблюдения.

Во-вторых, введение судебного порядка установления диспансерного наблюдения нарушит принцип независимости врачей-психиатров, в соответствии с которым установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров (ч. 2 ст. 20 Закона о психиатрической помощи).

В-третьих, — неоправданно затянет процесс оказания психиатрической помощи в виде диспансерного наблюдения, что может привести к ухудшению психического состояния граждан, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, вплоть до возникновения критериев недобровольной госпитализации (ст. 29 Закона о психиатрической помощи).

Законодательство о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании должно исходить из принципа эффективных гарантий права гражданина на наилучшее обеспечение охраны его психического здоровья.

С учетом вышеизложенного, автору представляется наиболее разумным сохранение прежнего порядка установления диспансерного наблюдения,

предусмотренного ст. 27 Закона о психиатрической помощи.

Выявленная автором дефектность взаимосвязанных норм, содержащихся в ч. 9 ст. 20 и п. 2 ч. 10 ст. 20 Закона об охране здоровья, может быть преодолена только в порядке законодательной инициативы путем внесения дополнения в п. 2 ч. 10 ст. 20 данного Закона в части включения в перечень субъектов, принимающих решение о медицинском вмешательстве, комиссии врачей-психиатров. В силу чего автор считает необходимым п. 2 ч. 10 ст. 20 Закона об охране здоровья после слов “законодательством Российской Федерации” дополнить словами: «, а также комиссией врачей-психиатров в случаях и в порядке, предусмотренных статьей 27 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”».

Без внесения такого дополнения в законодательство в сфере охраны здоровья правоприменительная практика комиссий врачей-психиатров в части установления диспансерного наблюдения в отношении лиц, указанных в ч. 1 ст. 27 Закона о психиатрической помощи, при отсутствии их информированного добровольного согласия не будет соответствовать принципу законности при оказании психиатрической помощи и требованиям ч. 1 ст. 41, ч. 3 ст. 55 Конституции, а также ч. 1 и 9 ст. 20 Закона об охране здоровья.

**Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации**

**БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ:
ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ**

27 – 30 октября 2013 г., Вена, Австрия

www.wpaic2013.org

Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права, 2012, № 3

“Предание огню, поджог, пиромания и судебный эксперт в области психического здоровья” (Firesetting, Arson, Pyromania, and the Forensic Mental Health Expert) — так называется статья Paul R. S. Burton, MD, Dale E. McNiel, PhD и Renée L. Binder, MD — все из Калифорнийского университета в Сан-Франциско, соответственно: преподаватель, профессор психологии и профессор психиатрии и директор программы по психиатрии и праву.

По имеющейся у авторов информации, данная публикация — первая за последние 20 лет в психиатрической литературе по теме, касающейся судебно-психиатрической оценки лиц, обвиняемых в поджогах, и первая вообще, в которой широко обсуждаются вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданских делах о поджогах.

Поджог, как указывают авторы, — одно из наиболее легких для совершения преступлений: не требуются оружие, сообщники, может совершаться импульсивно. Ежегодно в США совершается более 62000 поджогов, причиняющих убытки примерно на \$1 млрд. Авторы обращают внимание на необходимость делать различие между несколькими ключевыми терминами, относящимися к разведению огня: предание объектов огню — поведение, поджог — преступление, а пиромания — психиатрический диагноз. Поведение, влекущее за собой возгорание, может быть как случайным (уснул с непотушенной сигаретой), так и намеренным (без криминального умысла или с его наличием). Намеренное поджигание чего-либо — не всегда симптом психического расстройства или преступное деяние. Например, интерес к огню является почти универсальным у детей, и они зажигают огонь часто из любопытства. Взрослому, который развел бивачный костер, огонь от которого затем распространился на близлежащие строения, уголовные обвинения, как отмечают авторы, могут не предъявляться в случае, если будет установлено, что при разведении костра им были предприняты разумные меры противопожарной безопасности. Патологическое разведение огня, т.е. намеренное вызывание возгорания по психологическим причинам может быть симптомом целого ряда психических расстройств, не патогномично для пиромании и не всегда является преступлением в форме поджога.

Поджог — подтип разведения огня, приводящего к пожару, является, как указывают авторы, уголовно

наказуемым деянием, при котором правонарушитель умышленно и злонамеренно поджигает (или помогает в поджигании) строения, жилища или собственность других людей. Поджог по определению исключает случайное зажигание. Закон презюмирует все пожары случайными и для доказательства поджога обвинение должно преодолеть эту презумпцию, убедив суд в наличии у обвиняемого преступного умысла. Авторы обращают внимание, что в большинстве юрисдикций поджог определяется как преступление, требующее лишь общего умысла, т.е. сторона обвинения должна доказать только, что обвиняемый умышленно и злонамеренно развел огонь. Преступное намерение в данном случае может доказываться с помощью косвенных доказательств, т.к. поджог часто совершается в одиночку и без свидетелей. Такими косвенными доказательствами могут быть, например, угрозы уничтожить имущество или даже недавнее повышение суммы страховки имущества. Поджог помещения, в котором живут люди, часто влечет за собой более тяжелое наказание, чем поджог нежилого помещения.

Ссылаясь на данные ФБР, авторы отмечают, что частота поджогов в городах в два раза выше, чем в пригородах или в сельской местности. Большинство поджогов происходит ночью, часто используются катализаторы процесса горения. Исследования лиц, совершающих поджоги, основывается, главным образом, на изучении тех, кто арестован по обвинению в совершении поджога, или арестован и в последующем помещен в психиатрическую больницу, однако, имея в виду, что 80 % поджогов в США не заканчиваются арестом, авторы призывают воздерживаться от распространения полученных результатов на всю популяцию поджигателей.

Авторы указывают, что большинство поджигателей — мужчины. Поздний подростковый и начальный этап зрелого возраста — период высокого риска совершения поджогов. Обвиняемые в поджогах часто неженаты, живут одни, имеют низкий уровень образования, не работают, либо заняты неквалифицированным трудом, более социально изолированы, более интровертированы, менее физически привлекательны, менее настойчивы, чем другие правонарушители с психическими расстройствами. Женщины, совершающие поджоги, часто являлись жертвами сексуального насилия в прошлом. Большинство поджига-

телей ранее совершали уголовно-наказуемые деяния (как правило, не поджоги).

По данным авторов, психические расстройства у лиц, арестованных за совершение поджога, встречаются чаще, чем в общей популяции или у других групп правонарушителей: например, вероятность, что обвиняемые в поджоге имеют диагноз шизофрении в 20 раз выше, чем в общей популяции. Ссылаясь на данные французских исследователей (1983), авторы указывают, что у 10 % осужденных за поджог был установлен диагноз шизофрении. Они также приводят данные досудебного психиатрического обследования обвиняемых в поджогах, из которых следует, что частота психических расстройств психотического уровня у данной категории правонарушителей в 4 раза выше, чем у лиц, обвиняемых в совершении убийств. Отставание в психическом развитии и низкий уровень интеллектуального функционирования также получили достаточное внимание в исследованиях, касающихся поджогов. Авторы ссылаются на одно финское исследование (2009), показавшее, что поджог — наиболее частое уголовно-наказуемое деяние, совершаемое правонарушителями с существенным отставанием в психическом развитии. Расстройства личности (в особенности, антисоциальное и пограничное) часто наблюдаются среди осужденных за поджоги. Большинство лиц, арестованных за поджоги и направленных на психиатрическое обследование, злоупотребляют субстанциями, вызывающими зависимость, в особенности алкоголем, 19 – 56 % исследованных поджигателей имели историю суицидальных попыток. Другие психические расстройства, такие как расстройства настроения, тревожные расстройства, перемежающееся эксплозивное расстройство, гиперактивное расстройство с дефицитом внимания, деменция встречаются реже.

Пиромания, как указывают авторы, — редкий диагноз у лиц, совершающих поджоги как впервые, так и повторно. Поджоги с целью получения сексуального возбуждения — еще более редкая вещь. Распространенность пиромании среди взрослой популяции неизвестна, хотя, по крайней мере, в двух исследованиях, относящихся к 2002 и 2005 гг., показано, что от 3 до 6 % стационарных психиатрических пациентов соответствуют диагностическим критериям этого расстройства. В DSM-IV-TR пиромания рассматривается как расстройство контроля импульсов и в DSM-V (как ожидается, будет принята в мае 2013г.), по-видимому, останется в той же категории. Авторы приводят диагностические критерии пиромании в DSM-IV-TR:

– напряжение или аффективное возбуждение перед актом [поджога];

– очарование огнем, интерес, любопытство или влечение к огню и его ситуационному контексту (атрибуты, использование, последствия);

– удовольствие, наслаждение или облегчение, испытываемое при поджогах или при наблюдении или ликвидации их последствий;

– поджоги производятся не для достижения денежной выгоды, не как выражение социально-политической идеологии, не для сокрытия преступной деятельности, не как выражение гнева и мести, не для улучшения условий жизни, не в ответ на бред и галлюцинации, они не являются результатом нарушения суждений (например, при деменции, задержке психического развития, или интоксикации);

– поджоги не объясняются нарушением в виде расстройства поведения (conduct disorder), маниакальным эпизодом или антисоциальным расстройством личности.

Авторы обращают внимание на следующее обстоятельство: лица с пироманией поджигают предметы или объекты намеренно и целенаправленно, испытывая непосредственно перед этим напряжение и аффективное возбуждение, однако при этом не всегда совершают *преступление* в форме поджога. Кроме пиромании, DSM-IV-TR в настоящее время включает поджоги в качестве одного из 15 диагностических критериев “расстройства поведения” (conduct disorder) — специфического поведенческого расстройства в детском или подростковом возрасте, проявляющегося в повторяющемся нарушении фундаментальных прав других людей или основных норм или правил, существующих в обществе для данной возрастной группы. Однако, как отмечают авторы, при пиромании, в отличие от расстройства поведения детского или подросткового возраста, поджоги — основополагающий симптом.

Изучение пиромании затрудняется ее редкостью и нежеланием лиц раскрывать имеющуюся у них склонность к поджогам. Ссылаясь на исследование Grant and Kim (2007), авторы указывают, что большинство страдающих пироманией начинали устраивать поджоги в детском или подростковом возрасте, со временем их частота и интенсивность увеличивались. Две трети пироманов планировали свои действия до совершения поджога (например, готовили горючие материалы). Наиболее распространенными “пусковыми механизмами” поджога назывались стресс, скука, ощущение собственной неадекватности, межличностные конфликты. Все испытывали острые ощущения удовольствия, наблюдая пожар или устраивая его, при этом никто не испытывал сексуального возбуждения. Привлекательность огня была общей характеристикой и более трети исследуемых сообщали, что ездили на пожары, когда слышали сирены пожарных машин. В другом исследовании (Lindberg *et al*, 2005) также отмечалось наличие связи между пироманией и добровольной помощью пожарным в тушении огня.

Более чем у 90 % лиц с пироманией были диагностированы коморбидные психические расстройства,

кодирующиеся по оси I (замечу, что по оси I кодируются фактически все психические расстройства за исключением расстройств личности и отставания в психическом развитии) DSM-IV-TR (наиболее часто — расстройства настроения, контроля импульсов, зависимость от алкоголя или наркотиков), которым, однако, симптомы пиромании в большинстве случаев предшествовали. Более 90 % сообщали, что испытывали тяжелый дистресс после поджога и треть рассматривали суицид как средство обуздания своего стремления к совершению поджогов. Как указывают авторы, большинство лиц с пироманией лечения не получает; оставленная без лечения, пиромания имеет хроническое течение. Те, у кого пиромания находится в состоянии ремиссии, часто вовлекаются в другие импульсивные или компульсивные формы поведения (азартные игры, злоупотребление контролируруемыми субстанциями и ряд др.).

Эффективность предлагаемого лечения пиромании препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, антиэпилептическими средствами, атипичными антипсихотиками, литием, антиандрогенными препаратами, а также с помощью когнитивно-поведенческой терапии, в сущности, неизвестна, поскольку контролируемых исследований в этом направлении до настоящего времени не проводилось.

Авторы отмечают, что лица, обвиняемые в совершении поджогов, нередко прибегают к защите на основании невменяемости, и успех ее воплощения в таких делах представляется более высоким, чем в случае иных преступлений. Следует отметить, что речь, как правило, идет об обвиняемых, имеющих психические расстройства психотического уровня. Попытки строить защиту на основании невменяемости ссылками на наличие диагностированной пиромании редко бывают успешными. Согласно диагностическим критериям пиромании, поджог не должен быть результатом бреда или нарушения суждений, делающих невозможным понимание характера, качества и противозаконности преступления. Диагностические критерии также включают напряжение или аффективное возбуждение перед актом поджога и последующие удовольствие, наслаждение или чувство облегчения. Могут ли такие расстройства достигать степени непреодолимого импульса или здесь идет речь об импульсе, которому нарушающий закон не оказывает должного сопротивления? Вопрос этот, как отмечают авторы, имеет значение в тех юрисдикциях, где стандарт невменяемости содержит волевой критерий.

Например, в деле *People v. Burress* (1971), обвиняемый совершил поджог амбара, после чего поехал в близлежащий городок, чтобы оттуда наблюдать за пожаром. Там он сообщил властям о пожаре, попросил разрешения ехать к месту происшествия в пожарной машине, а позже признался в совершении поджога. Психиатр, освидетельствовавший его, показал в суде,

что совершенный испытуемым поджог — результат “неконтролируемого импульса” и “неврологической компульсии”, и в период совершения преступления испытуемый действовал “без достаточного интеллектуального анализа”. Обвиняемый, однако, был признан виновным. Апелляционный суд подтвердил (большинством 2:1) решение суда первой инстанции, указав на организованное и упорядоченное поведение обвиняемого перед совершением преступления и отметив, что импульсивной или компульсивной теории поджога противоречит то обстоятельство, что обвиняемый должен был затратить достаточно большое количество времени, чтобы доехать до места совершения преступления, спланировать и совершить его. Выразивший несогласие с мнением большинства суда судья Craven утверждал, что заключение психиатра подтверждало наличие у подсудимого пиромании и что детальное планирование действий не то же самое, что способность приспосабливать свое поведение к требованиям закона.

В суде экспертам могут быть заданы вопросы относительно риска совершения обвиняемым поджогов в будущем, целесообразности проведения ему лечения и ожидаемой податливости лечению.

Согласно приводимым авторами данным, большинство лиц, совершивших поджог, не повторяют его в будущем. В частности, авторы ссылаются на исследование К. Soothill и Р. Pope (1973), из которого следует, что лишь 4,5 % обвиняемых в поджоге повторяли его в течение последующих 20 лет. Отмечая некоторое повышение показателя рецидивизма поджогов за последние 60 лет, авторы указывают на возможную связь этого явления с активной деинституционализацией психически больных.

Что касается факторов риска повторных поджогов, то среди лиц, отбывавших ранее наказание за поджоги, лучшим предиктором рецидива было количество предыдущих осуждений за поджоги. Авторы приводят сведения, из которых следует, что при сравнении “поджигателей” с психическими расстройствами и без таковых, первые имеют более высокий показатель рецидива поджогов, но менее высокий показатель рецидива преступлений, не связанных с поджогами. Стоит также отметить, что жестокость в отношении животных, энурез, преступления, связанные с применением насилия, склонность к агрессии, суицидальные попытки, нанесение самоповреждений не имели связи с повышением риска повторных поджогов.

Авторы также обращают внимание на исследование Jackson *et al* (1987), где была предложена функциональная модель для описания “поджигателей — рецидивистов”: они избегают интерперсональных конфликтов, но в то же время имеют высокий уровень враждебности, возникающей из-за неблагоприятных условий воспитания, неудовлетворенности жизнью, неудач в межличностных отношениях. Ощущая свое бессилие в отношениях с людьми, они направляют

враждебность на их имущество, обретая таким образом контроль над другими.

Как отмечают авторы, судьи ищут руководящих указаний при вынесении приговоров лицам с пироманией. Так, в деле *State v. Bailey* (2002), судья, проанализировав научные публикации по теме пиромании и ее лечения, пришел к заключению: “Фактически нет ни лекарства, ни лечения” и признал пироманию смягчающим вину обстоятельством. Психиатрическое заключение относительно оценки риска и возможных мер лечения пиромании не было допущено судьей в качестве доказательства. Апелляционный суд решил, что судья допустил ошибку, полагаясь на собственное независимое исследование литературы, и приговор был изменен.

В *Faulkenberry v. State* (1982), рядовой американской армии, у которого с детства отмечалась “склонность к поджогам”, был приглашен женщиной в ее квартиру. После того, как женщина заснула, он поджог квартиру. Ему было предъявлено обвинение в поджоге первой степени и убийстве второй степени. Эксперт диагностировал у обвиняемого пироманию. На стадии назначения наказания эксперт показал, что страдающие пироманией совершают поджоги без каких-либо специфических мотивов кроме получения удовольствия от самого процесса поджога и вида огня пожара. Суд приговорил обвиняемого к 60 годам тюремного заключения. И защита и обвинение обжаловали приговор. Апелляционный суд сослался на психиатрическое заключение, как “поддерживающее вывод, что его контроль над своим стремлением к поджогу был существенно ограничен” и решил, что данная информация была правильно принята судьей во внимание при решении уменьшить наказание. Доводы обвинения о необходимости более серьезного наказания для обвиняемого были отвергнуты. Апелляционный суд также отверг просьбу защиты о смягчении приговора, указав, что пиромания — состояние с трудом поддающееся лечению и контролю.

По данным авторов, от 20 до 80 % лиц, обвиняемых в поджогах и направленных для определения СППС*, признаются неспособными предстать перед судом.

Что касается гражданских дел, связанных с пожарами и поджогами, то специалисты в области психического здоровья могут оказаться ответчиками в случаях, когда поджоги совершают их пациенты. Суды более строго подходят к оценке ответственности психиатров при совершении поджога их пациентом, находящимся на стационарном лечении. Во многих юрисдикциях на психиатрах и психологах лежит обязанность предупреждать и защищать третьих лиц от разумно предвидимого вреда, причиняемого их пациентами. Так, в деле *Peck v. Counseling Services of*

Addison County (1985), пациент сообщил психологу, что собирается поджечь амбар своего отца, т.к. испытывает чувство злобы по отношению к отцу. Психолог не предпринял никаких действий, чтобы предупредить родителей пациента и через 6 дней пациент совершил задуманное. Родители пациента обратились в суд с иском к психологической службе, требуя возмещения убытков за потерю имущества в результате халатности психолога. Иск был удовлетворен.

Авторы приводят данные о том, что 1/6 стационарных пациентов психиатрических больниц штатов когда-либо совершали поджоги. Когда психиатру предъявляется иск о профессиональной небрежности после того, как его пациент совершил поджог, задача эксперта часто состоит в том, чтобы определить, соответствовало ли лечение пациента и забота о нем со стороны клинициста стандартам, существующим в данном регионе. От эксперта может потребоваться ответить на вопрос об обоснованности выписки пациента, о том, произвел ли психиатр перед выпиской адекватную оценку риска совершения поджога и предпринял ли адекватные меры для устранения такого риска, если он имелся. Оценка риска совершения поджога, обычно, не производится в отношении каждого пациента, но должна осуществляться в отношении тех из них, кто ранее совершал поджоги. В то же время такая оценка, как указывают авторы, затрудняется отсутствием необходимого статистического инструмента, гетерогенностью группы лиц, совершающих поджоги, нерепрезентативностью выборки “поджигателей” в исследованиях, нежеланием испытуемых раскрывать сведения о прежних поджогах. Для оценки риска поджогов авторы предлагают анализировать довольно большой перечень данных, разделенных ими на несколько подгрупп: история поджогов (возраст, в котором правонарушитель совершил первый поджог, их количество и т.д.), наличие психических расстройств (употребление веществ, вызывающих зависимость, психотические расстройства, когнитивные нарушения, пиромания и др.), наличие мыслей о поджоге в настоящее время, личностные характеристики (общий уровень импульсивности, наличие критики и др.), следование лечебным рекомендациям, семейное положение и т.д.

Профессиональная озабоченность проблемой рецидива поджогов очевидна: история поджогов — критерий, препятствующий приему во многие учреждения, предназначенные для проживания и лечения пациентов. Как отмечают авторы, исследования показывают, что один из лучших предикторов будущих поджогов — сведения о совершении поджогов в прошлом. Потому получение детальной информации о поджогах — разумная мера при обследовании пациентов, совершавших поджоги.

“Послеродовой психоз и суды” (*Postpartum Psychosis and the Courts*). Авторы: Melissa L. Nau, MD, Dale E. McNiel, PhD and Renée L. Binder, MD — соот-

* СППС — способность предстать перед судом.

ветственно: преподаватель психиатрии, профессор клинической психологии и профессор психиатрии в Калифорнийском университете в Сан-Франциско.

Авторы начинают с разделения детоубийства (infanticide), под которым понимают убийство детей младше 1 года, и “этиологически отличающегося” от него убийства новорожденного в первые 24 часа жизни (neonaticide). Они обращают внимание на отсутствие единой точки зрения относительно продолжительности послеродового периода: в DSM-IV-TR он определяется, как “относительно короткий”, следующий непосредственно за родами, в различных же научных публикациях его временные рамки устанавливаются в очень широких пределах (от нескольких дней до 12 месяцев).

Подчеркивая, что послеродовой период — это период наиболее высокого в жизни женщины риска развития психопатологической симптоматики, авторы разделяют начинающиеся в постнатальном периоде психологические и психические нарушения на три категории: (1) незначительно выраженное снижение настроения, раздражительность, слезливость, проходящие ко второй неделе после родов — то, что в Америке называется baby blues и встречается у 70 % матерей; (2) послеродовая депрессия (у 7 – 15 % матерей) и (3) послеродовой психоз (1 – 2 случая на 1000 рождений).

Постнатальный психоз, как отмечают авторы, является наиболее тяжелым из перечисленных расстройств, развивается у матери, обычно, в первые три месяца после рождения ребенка (наиболее часто — в первые 3 – 14 дней) и характеризуется продолжительным периодом утраты контакта с реальностью, слуховыми или зрительными галлюцинациями, бредовыми расстройствами, частыми колебаниями настроения.

Авторы указывают на биологические и генетические факторы риска развития психоза в послеродовом периоде (Jones и N Craddock (2001), показали, что риск развития послеродового психоза у матерей с биполярным расстройством составляет 26 %, а с биполярным расстройством и семейной отягощенностью родовыми психозами — 57 %). Кроме того, женщины с послеродовым психозом часто являлись жертвами физического и психологического насилия в детском возрасте, были обделены родительским вниманием в семье, злоупотребляли психоактивными субстанциями.

Авторы полагают, что послеродовому психозу свойствен ряд характеристик, отличающих его от психотического расстройства иной этиологии, в частности, значительные когнитивные нарушения, быстрота нарастания и убывания симптоматики, выраженный аффективный компонент.

По приводимым авторами сведениям, 4 % женщин с послеродовым психозом совершают детоубийство. С 1980-х гг. американские суды разрешают обвиняемым матерям с послеродовым психозом использовать на стадии установления вины защиту на

основании невменяемости. Послеродовой психоз и другие постнатальные психические расстройства, например, послеродовая депрессия, могут также рассматриваться судами в качестве смягчающих обстоятельств на стадии вынесения приговора. Ссылаясь на ряд исследований, авторы отмечают, что, хотя в целом лишь 0,1 % лиц, обвиняемых в уголовных преступлениях, признаются невменяемыми, в делах об убийстве матерями своих детей, эта цифра возрастает до 15 – 27 %.

В подавляющем большинстве штатов США формулы невменяемости основываются либо на старом, почти 170-летней давности, тесте M’Naughten (содержит лишь когнитивный компонент, обвиняемый должен доказать, что в период совершения правонарушения он не понимал значения или противозаконности своих действий), либо на тесте из Модельного уголовного кодекса (имеет оба: и когнитивный, и волевой компоненты, обвиняемый должен доказать, что был неспособен отличать “правильное от неправильного” или неспособен приспособлять свое поведение к требованию закона).

Авторами была высказана гипотеза: в штатах, где используются формулы невменяемости, содержащие лишь когнитивный компонент, количество признаваемых невменяемыми женщин, совершивших детоубийство, должно быть ниже, чем в тех, где используются формулировки, включающие и волевую составляющую. Для ее проверки они проанализировали 34 судебных решения в делах по обвинению матерей в убийстве своих детей в возрасте до 1 года: 26 дел рассматривались в штатах, где в ходу формулы невменяемости лишь с когнитивным компонентом, 7- где тесты невменяемости содержат и когнитивный, и волевой компоненты, 1 — где защита на основании невменяемости отменена (штат Айдахо).

В штатах, где использовались M’Naughten-подобные формулировки, невменяемыми были признаны 46 % женщин (12 из 26), тогда как в штатах, где тесты невменяемости содержали и когнитивный и волевой компоненты — 43 % (3 из 7). Хотя, как отмечают авторы, размер выборки недостаточен для статистического анализа, полученные данные не поддерживают гипотезу о том, что результат (вменяема-невменяема) всецело зависит от используемой формулировки невменяемости, т.к. “вне зависимости от того, использовали ли штаты стандарты M’Naughten или MPC [Model penal code — Модельный уголовный кодекс], защита на основании невменяемости была успешной почти в половине случаев детоубийств в состоянии послеродового психоза”. И в тех, и в других штатах суды требовали для признания обвиняемой в детоубийстве невменяемой соответствия ее психического состояния когнитивному компоненту невменяемости, волевой компонент судами фактически не учитывался (за исключением одного случая). Вне зависимости от юрисдикции защита на основании невменяемости

была успешной в тех случаях, когда у женщин обнаруживалось острое психотическое состояние, типично обозначавшееся либо как послеродовой психоз, либо как большое депрессивное расстройство, резко выраженное, с явлениями психоза и началом в постнатальном периоде.

В статье Susan Hatters Friedman, MD (адъюнкт-профессор психиатрии и педиатрии в университете Кейс Уэстерн Резерв, штат Огайо) и Репье Sorrentino, MD (преподаватель психиатрии в Гарвардском университете) под названием: **“Комментарий: послеродовой психоз, детоубийство и невменяемость — значение для судебной психиатрии”** (Commentary: Postpartum Psychosis, Infanticide, and Insanity-Implications for Forensic Psychiatry) поднимаются два интересных вопроса. Первый — сформулирован имплицитно, второй — явно. Суть первого: не пора ли Аккредитационному совету по высшему медицинскому образованию признать перинатальную психиатрию отдельной психиатрической субспециальностью? Второго — имеет ли “общий” судебный психиатр достаточные знания в области перинатальной психиатрии, чтобы выступать в качестве эксперта в делах об убийстве матерями своих детей в послеродовом периоде?

Авторы отмечают, что внутри психиатрии перинатальная психиатрия признана областью, требующей специальных знаний, касающихся, например, психофармакологического лечения в период беременности и лактации, его рисков и положительных сторон, особенностей клиники послеродовых психозов, факторов риска развития психических расстройств у женщин в репродуктивном периоде и ряда других. Они также полагают необходимым для “общих” судебных психиатров, выступающих в качестве экспертов в делах, где рассматривается вопрос о психическом состоянии матери, убивающей своего ребенка, регулярно проходить тематическое усовершенствование по перинатальной психиатрии.

По мнению авторов, решения относительно психофармакологического лечения беременных женщин вопреки их возражениям должны приниматься, где это возможно, перинатальными психиатрами, имеющими специальные знания относительно наиболее безопасных и изученных препаратов, их побочных эффектов, возможности применения лекарств в период кормления грудью и т.д.

Авторы также обращают внимание, что в суде бывает трудно объяснить, почему послеродовой психоз, описываемый в литературе со времен Гиппократов, не выделен в DSM в качестве самостоятельной нозологической единицы (классифицируется как психотическое расстройство, БДУ).

“Сексуальный садизм: избегать злоупотребления термином при оценке сексуальных хищников” (Sexual Sadism: Avoiding Its Misuse in Sexually Violent Predator Evaluations). Авторы: Allen Frances,

MD — заслуженный профессор (в отставке), университет Дюка и Richard Wollert, PhD — профессор психологии в университете штата Вашингтон.

Как указывают авторы, начиная с 1990 г., многие штаты и федеральное правительство приняли законы, позволяющие недобровольную госпитализацию на неопределенный период времени тех заключенных, у которых заканчивается срок лишения свободы, но которые принадлежат к “немногочисленной, но очень опасной группе” преступников, называемых “сексуальными хищниками” (sexually violent predators) или “сексуально-опасными личностями” (sexually dangerous persons). Хотя формулировки этих законов несколько отличаются в разных юрисдикциях, они, обычно, включают в себя 4 элемента: (1) история сексуальных преступлений, (2) “психическая ненормальность” (mental abnormality), (3) волевое расстройство, (4) связанная с “психической ненормальностью” вероятность совершения лицом актов сексуального насилия. В данном контексте “психическая ненормальность” — юридический термин, относящийся к психическому расстройству, которое делает человека сексуально опасным и нарушает его способность контролировать свое сексуальное поведение.

Психиатры и психологи часто приглашаются для обследования сексуального преступника-рецидивиста, когда судом решается вопрос об отнесении данного субъекта к категории сексуальных хищников и его последующей “посттюремной” недобровольной госпитализации на основании закона о сексуальных хищниках. В то же время, как указывают авторы, нет опубликованных научных доказательств, что специалисты в области психического здоровья могут надежно дифференцировать сексуальных хищников от типичных рецидивистов, которые могут быть сексуально опасны, но не имеют психических нарушений. Термины “волевое расстройство” и “сексуальная опасность” никогда не были адекватно конкретизированы для использования специалистами в области психического здоровья. Наконец, предположение, что волевое нарушение является причиной сексуальной опасности, никогда не было подтверждено. В результате, эксперты неизменно заявляют, что их заключения подкрепляются совокупностью элементов, которые, хотя и не имеют прямого отношения к сексуальной опасности, но являются убедительными, поскольку признаны научным сообществом.

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) Американской психиатрической ассоциации является официальным и авторитетным источником, который наиболее часто цитируется при диагностике сексуальных хищников. Авторы приводят диагностические критерии сексуального садизма в действующей DSM-IV-TR:

А. На протяжении периода, по крайней мере, 6 месяцев повторяющиеся интенсивные сексуальные фантазии, сексуальные побуждения или поведение,

включающее в себя действия (реальные, не симулируемые), в которых сексуально возбуждающим для субъекта является психологическое или физическое страдание жертвы

Б. Субъект реализует свои побуждения с лицом, не давшим на то согласия, либо сексуальные побуждения или поведение причиняют заметный дистресс или создают трудности в межличностных отношениях.

Авторы обращают внимание, что, в отличие от DSM-IV-TR, ICD-10 (МКБ-10) объединяет садизм и мазохизм в одно расстройство — садомазохизм, определяемое, как “предпочтение сексуальной активности, которая включает в себя причинение боли или унижения. Если субъект предпочитает быть реципиентом такой стимуляции, это называется мазохизм. Если провайдером — садизм”. Приводимые диагностические критерии садомазохизма не позволяют, как отмечают авторы, четко дифференцировать его, как парафилию, от сексуального поведения, которое, хотя внешне и напоминает садомазохизм, но является безвредной и осмотрительно реализуемой его имитацией, которая используется большим числом взрослых с их согласия, не причиняет вреда и доставляет этим людям сексуальное удовольствие.

Критерии садомазохизма, а также и ряда других расстройств сексуального предпочтения в МКБ-10, рассматриваются рядом исследователей как “патологизирующие”, “стигматизирующие”, “дискриминирующие” людей, практикующих альтернативное сексуальное поведение. Авторы, ссылаясь на публикацию R. Kruger (2010), отмечают, что Швеция недавно предприняла действия по удалению трансвестизма, фетишизма и садомазохизма из своего перечня психических расстройств.

Авторы довольно подробно рассматривают вопросы, относящиеся к распространенности сексуального садизма, а также достоверности и надежности его диагностики. Они указывают, что оценка частоты случаев сексуального садизма зависит от места, где собраны данные, установившейся практики и диагностических предпочтений клиницистов, практикующих в этом месте. В целом, по данным авторов, уровень распространенности сексуального садизма низок. Например, при анализе почти 500 млн. обращений в амбулаторные учреждения в США, не было выявлено ни одного случая, связанного с сексуальным садизмом. Лишь 2 – 6 % обратившихся в специализированные амбулаторные учреждения, занимающиеся лечением парафилических расстройств, сообщали о проблемах с садизмом — самый низкий показатель среди всех парафилий. Уровень был лишь чуть выше (6,4 %) среди 2.000 сексуальных преступников, недобровольно госпитализированных согласно законам о сексуальных хищниках в 7 штатах. В то же время он был существенно выше (от 10 до 81 %) среди преступников, которые находились в психиатрических больницах или тюрьмах после убийства

своих жертв или нанесения им тяжелых повреждений. Однако, как замечают авторы, представляется маловероятным, что представители этой небольшой группы могут стать субъектами применения закона о сексуальных хищниках — тяжесть и характер совершенных ими правонарушений обуславливают длительные сроки их изоляции от общества.

Что касается достоверности и надежности диагностики сексуального садизма, то, как указывают авторы, диагностическая достоверность является функцией распространенности заболевания и точности критериев, используемых для идентификации заболевания. Из-за редкости сексуального садизма надежность его диагностики в повседневной судебно-психиатрической практике — открытый вопрос. Небольшое число исследователей, сообщающих о довольно высоких показателях достоверности диагностики, как правило, представляли для диагностической оценки набор кратких описаний из медицинской документации сексуальных преступников и просили диагностов идентифицировать эти случаи либо как садизм, либо как не садизм. Однако, как отмечают авторы, в таких предлагаемых для диагностики материалах процент садистов был нереалистично высоким, кроме того, диагностам давалась возможность выбора лишь между двумя диагностическими альтернативами. По мнению авторов, построенное подобным образом исследование, “накачивает” показатель диагностической достоверности. В то же время, ряд авторов, проведя исследования, сходные по дизайну с вышеописанными, получили низкий уровень диагностического согласия между экспертами и пришли к выводу, что согласие маловероятно, во-первых, из-за того, что сексуальные насильники и с признаками садизма, и без таковых, контролируют, унижают своих жертв, подчиняют их себе с помощью насилия, наносят повреждения; во-вторых, потому что диагностические критерии DSM требуют выводов об абстрактных состояниях (например, мотивации правонарушителя, возбуждении, удовольствии), которые субъективны и ненадежны.

Авторы обращают внимание, что хотя набор критериев для диагностики сексуального садизма по мере совершенствования классификаций изменялся, сформулированная Крафт-Эбингом фундаментальная концепция сексуального садизма остается неизменной. Ссылаясь на ту часть описания сексуального садизма в DSM-IV-TR, которая предшествует диагностическим критериям, авторы указывают, что садисты в своих фантазиях обычно рисуют картины полного контроля над испытывающей ужас от осознания неизбежности садистского акта жертвой. Садистские фантазии или действия могут включать принуждение жертвы ползать, содержание ее в клетке, фиксацию, завязывание глаз, шлепки, болезненные щипки, удары палкой, хлыстом, побои, причинение ожогов, уда-

ров током, нанесение колотых и резаных ран, изнасилование, удушение, пытки или убийство.

Авторы подчеркивают, что в отличие от сексуальных насильников, сексуальные садисты причиняют своим жертвам страдания, интенсивность которых значительно превышает необходимую для обеспечения уступчивости жертвы, при этом видимые признаки испытываемой жертвой боли вызывают у них сексуальное возбуждение. В большинстве случаев изнасилований насильники мотивируются не перспективой причинения страданий, более того, вид страданий жертвы может вызвать у них угасание сексуального желания. Исследования лиц, совершивших изнасилование, показывают, что менее 10 % из них являются сексуальными садистами. Некоторые насильники, по-видимому, испытывают сексуальное возбуждение, принуждая не дающее согласие лицо к совершению полового акта и способны поддерживать состояние сексуального возбуждения даже тогда, когда видят страдания жертвы. Однако, в отличие от сексуального садиста, сексуальный насильник не находит страдания своей жертвы сексуально возбуждающими.

Авторы подчеркивают важность разграничения парафилий, сексуальных интересов неклинической природы и непарафилических расстройств. Как указывается в DSM-IV-TR, парафилии следует дифференцировать от непатологического использования сексуальных фантазий или объектов, как стимулов сексуального возбуждения, а также непатологического сексуального поведения. Фантазии, побуждения, поведение являются парафилическими лишь тогда, когда приводят к клинически выраженному дистрессу или нарушению (т.е. являются обязательными, ведут к сексуальной дисфункции, требуют участия не давших согласия лиц, приводят к столкновениям с законом, затрудняют социальные отношения). При отставании в психическом развитии, деменции, личностных изменениях в результате соматических заболеваний, интоксикациях, маниакальном эпизоде или шизофрении может отмечаться снижение качества суждений, социальных навыков или контроля импульсов, которые, в редких случаях, могут вести к необычному сексуальному поведению. Однако такое

необычное сексуальное поведение, в отличие от парафилий, начинается в более позднем возрасте, не является для индивидуума предпочитаемым или обязательным стилем поведения, сексуальные симптомы обнаруживаются лишь до тех пор, пока имеется психическое расстройство, необычные сексуальные действия, как правило, изолированы, не являются повторяющимися.

В случаях, когда сексуальный насильник признает, что испытывает сексуальное возбуждение, главным образом, от вида страданий жертвы, диагноз сексуального садизма несложен. К сожалению, как пишут авторы, понимая последствия подобного признания, многие садисты отрицают наличие у себя такого парафилического способа возбуждения. К данным, на основании которых можно предполагать наличие сексуального садизма, авторы относят увлечение порнографией, содержащей явные темы садистского насилия, хранение садистских приспособлений, регулярное садистское поведение в отношении партнера в процессе coitus, неспособность испытывать возбуждение при сексуальных отношениях, которые не включают в себя причинение боли. Авторы подчеркивают, что такие формы поведения должны быть устойчивыми и характерными для сексуальной жизни субъекта, но не случайными или появляющимися лишь под воздействием алкоголя или других контролируемых субстанций.

Авторы еще раз напоминают, что эксперты совершают ошибку, полагая, что всякое насилие и причинение боли, ассоциированное с сексуальным преступлением, является проявлением сексуального садизма. Сексуальный садизм — чрезвычайно специфическое расстройство, которое, как отмечают авторы, почти не встречается в повседневной клинической психиатрической практике и является очень редким в судебной-психиатрической практике. Однако, если не обращать достаточного внимания на его отличия от изнасилования, сексуальный садизм может стать очередным бездумным и опасным преходящим диагностическим увлечением.

В. В. Мотов (Тамбов)

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Не ходи на Болотную площадь! Центр им. Сербского уже не боится оживить свою дурную славу?

Ситуация проста: видеочкамера зафиксировала в центре потасовки с полицией на Болотной площади человека, давно находящегося на лечении в ПНД. И хотя он был явно пассивным свидетелем происходящего, этого оказалось достаточно для привлечения к уголовной ответственности по этому громкому политическому делу.

Амбулаторная СПЭ в Центре им. Сербского по сложившейся с советских времен традиции, чтобы не развалилась версия следствия, объявила — вопреки элементарному здравому смыслу — что он не осознавал фактический характер и общественную опасность своих действий и не мог руководить ими!

Человеку, который 10 лет регулярно аккуратно добровольно наблюдается и лечится в ПНД, упорядочен, миролюбив, с эмоционально-волевым дефектом пассивного характера, на основании однократного обследования при наличии всей медицинской документации грубо утяжеляют диагноз и считают необходимым недобровольное стационарное лечение.

Что это, как не желание угодить следствию за счет судьбы больного человека, всегда имея возможность заявить, как это делалось в 60 – 80 годы, что это в его интересах? Невозможно поверить в это в данном случае, т.к. эксперты Центра им. Сербского отказались, будучи прежде всего все-таки врачами, ответить на вопрос, ответ на который очевиден любому, а информация об этом представлена в собственном заключе-

нии, — ухудшится ли его психическое состояние в условиях СИЗО? — *“Это не в нашей компетенции”*.

Такова прискорбная традиция этого учреждения, подкрепленная выделением судебной психиатрии в отдельную субспециальность. Отрыв от клинической психиатрии, как основного ориентира, лишает профессионала почвы под ногами, зато чувствительность к тому, чего от него ждут, повышается.

Среди многих других здесь возникает и такой казус: эмоционально-волевой дефект делает К. зависимым от органов следствия, которые жестко изолировали его и без упреков совести (которая не в их компетенции) склоняют к соглашению со своей версией. В частности, явно с подачи органов следствия К. не выразил согласия на публикацию своего заключения вопреки тому, что это в его интересах... Атмосфера тотального вранья сверху донизу исключает доверие. Но в катастрофической жизненной ситуации за соломинку хватаются и здоровые люди, тем более такого рода больные.

Достаточно перевести заключение экспертов Центра им. Сербского на английский язык и придать широкой огласке, чтобы вызвать всеобщее возмущение. Или вернуться к тем временам, когда передача таких материалов приравнивается к страшному шпионскому преступлению, что засвидетельствовано обменом Буковского на Абея¹?

Заключение специалиста-психиатра на заключение комиссии судебно-психиатрических экспертов от 24 июля 2012 г. № 690/а амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы К., 1975 г.рожд.

Настоящее заключение составлено 31 августа 2012 г.

по запросу Фонда “Общественный вердикт”

на основании представленной им ксерокопии заключения комиссии судебно-психиатрических экспертов от 24 июля 2012 г. № 690/а амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы К., 1975 г.рожд., проведенной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского

для ответа на вопрос: отвечает ли проведенная экспертиза принципам объективности, полноты и

всесторонности и являются ли выводы экспертов научно обоснованными?

Согласно ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ) “государственная судебно-экспертная деятельность основывается на прин-

¹ Человек, передавший на Запад копии 10 психиатрических историй болезни, был обменен на самого выдающегося агента ГРУ.

ципах ... объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники” (ст. 4). “Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме” (ст. 8). Кроме того, Приказом Минздрава России от 12 августа 2003 г. № 401 утверждена Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, которая устанавливает порядок производства судебно-психиатрических экспертиз и является обязательной для всех экспертных комиссий. Согласно этой Инструкции, задача экспертов не ограничивается глубоким изучением психического состояния испытуемого в момент исследования, они должны указать, каким образом имеющееся у испытуемого психическое расстройство нарушало его способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в момент инкриминируемого ему деяния. **Эксперты должны проанализировать все имеющиеся клинические версии, при этом “определяющим является принцип “равноправия” диагностических гипотез, в соответствии с которым недопустимо умаление или тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой, конечной диагностической и экспертной концепции”** (п. 2.2.5 Инструкции).

Однако комиссия судебно-психиатрических экспертов, проводившая амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу К., проигнорировала все эти требования.

Заключение написано на 6 страницах, из них анамнез и материалы уголовного дела — на трех, психический статус — на полутора, ответы на 8 заданных вопросов с их обоснованием — меньше чем на одной странице.

Анамнез жизни и болезни изложены четко, содержательно и достаточно полно для понимания выставленного психоневрологическим диспансером диагноза, на основании наследственной отягощенности по отцу и длительного наблюдения за подэкспертным, который с детства был малообщительным, стремился к уединению, много читал, но закончив 11 классов, не смог учиться дальше, был призван в армию, откуда спустя год был комиссован в связи с обнаружившимся психическим заболеванием (ст. 8-а). Из-за трудностей “контакта с людьми и предметами” не мог долго заниматься каким-либо одним делом, работать на одном месте, очень быстро “морально уставал”. После нескольких лет некавалифицированной работы, в 2000 году обратился в психоневрологический диспансер, а после кустарной переплавки свинца на продажу стало казаться, что “все заражено свинцом”, начал постоянно мыть руки. Не выходил из дома, чтобы не видеть людей. Постоянно читал философскую ли-

тературу, периодически чувствовал себя великим, был эмоционально однообразен, холоден, монотонен. В 2001 году лечился в течение пяти недель в московской психиатрической больнице № 14 с диагнозом **“шизофрения вялотекущая, невротоподобная, с выраженными изменениями личности в эмоционально-волевой сфере”**. В отделении избегал общения, был вял, постоянно лежал в постели, настроение было сниженным, психолог обнаружил нарушения целенаправленности мышления. После относительно легкой терапии (сонапакс, золофт) стал упорядоченным, но мышление оставалось аморфным, а в поведении **был пассивно подчиняемым**. После выписки регулярно посещал диспансер, но динамики в состоянии не отмечалось: оставался бездеятельным, малоактивным, пассивным, монотонным. Дотрагивался до ручек дверей через салфетку, пользовался отдельной посудой. Агрессии никогда не проявлял, однако считал, что “гудящие машины отравляют свинцом”, за ним “следят” через телефонную розетку, “радиопередача замышляет что-то плохое” в отношении него. Иногда разговаривал сам с собой “разными голосами”. Из дома выходил редко, ничем не интересовался, не общался, настроение было снижено. Постоянно был на поддерживающей терапии антидепрессантами и сонапаксом. В декабре 2008 года получил вторую группу инвалидности бессрочно.

Спустя 4 года во время разрешенного митинга на Болотной площади в возникшей толчее и потасовке с полицией **якобы** дважды ударил в корпус бойца ОМОНа. Признавая свое присутствие в зафиксированном видеосъемкой месте, категорически отрицал это обвинение.

В резком контрасте с внятным изложением анамнеза находится описание экспертами собственного исследования психического состояния подэкспертного и квалификация ими этих данных. Ни о какой полноте и объективности здесь речь не идет, перед нами целая коллекция всевозможных противоречий.

1. Эксперты оперируют привычными стереотипными штампами, не заботясь об их адекватности, не приводя примеров, не замечая собственных грубых противоречий даже в рядом стоящих фразах. “Подэкспертный не может адекватно оценить свое состояние и положение в сложившейся судебно-следственной ситуации. Критические функции у него нарушены. Склонен к диссимуляции психических расстройств”. Но диссимулировать и пытаться диссимулировать невозможно, не понимая своего заболевания. При этом сами эксперты описывают обильную симптоматику с его слов, которые лишены всякого позерства, искусственности, а наоборот, прямолинейно-прямодушны.

2. Эксперты пишут, что подэкспертный апатичен, его эмоциональные реакции обеднены, малодифференцированы, эмоционально выхолены, мимика однообразна, застывшая, на вопросы отвечает не-

охотно, сообщает о себе только при расспросе. И в то же время, что у него ускоренная речь в форме монолога, а при затрагивании субъективно значимых для него тем, заметно раздражается, повышая голос. Отмечает у себя постоянно тяжелые “самоосуждающие” мысли, “серое или черное настроение”. Здесь не только противоречие, но еще и профессиональная ошибка — налицо очевидный депрессивный фон, который всегда был ему свойственен, подэкспертный всегда был и до сих пор остается на антидепрессивной терапии. Апатия в силу депрессии и в силу слабоволия — принципиально разные вещи. На фоне депрессии некорректно судить о степени снижения воли и энергетического потенциала, т.е., в какой мере выражена апатическая депрессия или апато-абулический синдром, а ситуация экспертизы и судебного дела неизбежно усиливают депрессивную окраску. Но эксперты с этим явно не считаются.

3. Эксперты уверенно говорят о “редукции энергетического потенциала”, не замечая, как нелепо это выглядит в отношении человека, который почувствовав ухудшение своего состояния в СИЗО, начал заниматься аутотренингом, чтобы “не впасть в безумие”, который, наконец, самостоятельно пришел для участия в митинге. Ни с апатией, ни с абулией это никак не вяжется.

4. Эксперты пишут об аморфности мышления, нецеленаправленности, непродуктивности, паралогичности, и в то же время цитируют его слова, что “он пошел на митинг, так как у него есть “политические убеждения”, хотел их “проявить и высказать”, чтобы “быть с народом”. Заявил, что он “противник существующего режима”, при этом говорит, что “власть существует сама за себя”, “человек не защищен”, и “нет свободы””.

5. Подгонка под шаблон выступает в кальке из учебника о “патохарактерологическом сдвиге в пубертатном периоде”, тогда как подэкспертный был замкнут, необщителен с детства, а заболел в 18 лет, т.е. в юношеском, а не подростковом периоде.

6. Эксперты совершают и другие профессиональные ошибки: так они несколько раз, упоминая терапию подэкспертного, пишут о сонапаксе и тиориле как о двух разных нейрорептиках, тогда как это один и тот же препарат. В написании обоих сделаны ошибки: сонапакс вместо соннапакс, теорил вместо тиорил. Причем эксперты не разъясняют суду (не потрудившись заглянуть в справочник), что соннапакс это очень мягкий, самый излюбленный в детской и гериатрической (преклонного возраста) психиатрической и реабилитационной практике препарат, и что тот факт, что лечение подэкспертного осуществлялось все годы сильным антидепрессантом (золофтом) и таким мягким нейрорептиком как соннапакс, является надежным подтверждением мягкого вялотекущего характера заболевания. А неоднократные указания на жалобы подэкспертного на сухость во рту и потребление им

большого количества жидкости — указанием на добросовестный прием лекарств.

В результате, эксперты на основании однократной беседы в судебной, т.е. стрессовой для подэкспертного ситуации **меняют диагноз** подэкспертному, который ставил ему психоневрологический диспансер на основании многолетнего регулярного наблюдения и лечения: **вместо “шизофрения вялотекущая, невротоподобная, с выраженными изменениями личности в эмоционально-волевой сфере” они ставят “хроническое психическое расстройство в форме параноидной шизофрении”**. Это изменение диагноза не разъясняется суду. Между тем, важно указать, что тип течения шизофрении у подэкспертного действительно вялотекущий, и это надежно установлено психоневрологическим диспансером. Утверждение же экспертов о нарастающем “прогрессирующем” апато-абулическом дефекте вступает в грубое противоречие с реальными фактами: это не только не отмечено при динамическом наблюдении ПНД, но само участие в митинге на Болотной площади и объяснение подэкспертным этого участия исключают нарастание дефекта, разве что наоборот. Эксперты не разъясняют суду, что и параноидная форма может иметь вялотекущее течение и что тип течения намного более значимая характеристика, чем форма шизофрении, хотя бы и параноидная (бредовая).

Утверждение экспертов о диссимуляции больного также находится в полном противоречии с обильной выявленной ими симптоматикой, хотя продемонстрированная нами явная тенденциозность экспертов не исключает внушенного характера ответов, что является высоко вероятным, учитывая пассивную подчиняемость и тот самый “апато-абулический дефект”, который они сами описывают. Больной простодушно прямолинейно ответил на вопросы о лечении у психиатров, его апатия имеет в большей мере депрессивную, а не абулическую (безвольную) природу, не случайно упор терапии всегда был на активирующих антидепрессантах.

Описанный экспертами характер подэкспертного, манера его поведения, монотонный, однотипный субдепрессивный фон и эмоционально-волевое снижение противоречат каким-либо агрессивным побуждениям. В медицинской документации, которую цитируют эксперты, говорится, что в прошлом “агрессии К. никогда не проявлял”. Ни родные, ни соседи на него не жаловались.

Не соответствует действительности указание на периодические обострения, которое неожиданно появляется в концовке заключения экспертов.

Эксперты не считают нужным обосновывать свой заключения примерами, которые только и значимы в таких случаях.

Эксперты совершенно отрываются от клинической почвы, когда, не приводя примеров, явно заостряют легкие признаки обнаруженных расстройств и

нагромождают все виды бреда — отношения, преследования, величия, заражения — хотя за месяц до их экспертизы, 25.06.12, на приеме в диспансере с участием представителя МВД К. держался уверенно, свободно, был совершенно откровенным относительно своих побуждений участвовать в митинге, признаков бреда, галлюцинаций, аффективных расстройств не обнаруживал. Так что это явное ухудшение состояния в условиях содержания в СИЗО, которое озвучил и сам больной, хотя мы видим здесь результат сочетания тенденциозного напора экспертов с депрессивно-гипобулическим состоянием подэкспертного.

Ни выставленный диагноз, ни группа инвалидности не тождественны неспособности подэкспертного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Люди с такими диагнозами, инвалиды по спец. МСЭК, сохраняют немало прав, лишать которых недопустимо без веских и надежных оснований.

Сведения об агрессии подэкспертного основываются на большом доверии к показаниям бойца ОМОНа и видеосъемке, которая сама требует экспертизы. К. не только гражданин, обладающий равными правами, данная конкретная ситуация асимметрична в его пользу как слабой стороны. Психически больные такого рода как подэкспертный не лукавят, даже не умеют лукавить. **Приписываемая подэкспертному агрессия противоречит всему стилю его личности и поведения на протяжении жизни, характеру его заболевания и апато-булическому дефекту, что удостоверено многолетним наблюдением психоневрологического диспансера и самими экспертами, как показано выше.**

Эксперты Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского обнаружили явную тенденциозность “охранительного толка”. Разве что они сочли опасным участие в митинге на Болотной площади, хотя он был разрешен властями.

Вместо клинического увязывания данных в индивидуально значимую структуру эксперты продемонстрировали механический суммативный подход, избирательный подбор деталей, тенденциозность трактовок, явно односторонний взгляд на вещи, отсутствие малейшей попытки взглянуть на ситуацию с разных сторон. **Таким образом, их исследование не может быть названо ни всесторонним, ни полным, ни объективным.**

Ответы экспертов на все восемь вопросов следователя являются неудовлетворительными и необоснованными.

Отвечая на **первый и третий** вопросы, они ставят новый, намного более грубый диагноз параноидной шизофрении вопреки 12-летнему регулярному наблюдению ПНД, который удостоверил вялотекущую шизофрению. Эксперты умалчивают, что тип течения более существенная характеристика и что если пара-

ноидная симптоматика протекает вялотекущим образом, а это значит и вялая выраженность, и вялое течение и — главное — вялое нарастание дефекта, она квалифицируется как “вялотекущая шизофрения”, а не “параноидная шизофрения”, и это очень существенная разница.

Второй вопрос — *“вменяем ли он в отношении инкриминируемого ему деяния?”* — сформулирован действительно небрежно, но совершенно ясно, что имелось в виду, и эксперты не только в праве, но и должны были, переформулировав его корректным образом, ответить на него. Но они предпочли занять формальную позицию.

Отвечая решительно отрицательно на **четвертый, пятый и шестой** вопросы, эксперты опираются на свой искусственно и необоснованно утяжеленный диагноз, фактически отказывая К. во всех гражданских и политических правах не только на момент инкриминируемого ему деяния, но — в силу хронического монотонного вялотекущего протекания заболевания — на всю жизнь. По их мнению, он не способен *“осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими”*, *“не может понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, не способен к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей, не может участвовать в судебно-следственных действиях”*. За этими под копирку повторенными шаблонными формулами не стоит, как мы подробно показали выше, не только мало-мальски серьезного объективного обоснования, но явно видно произвольное истолкование под предвзятое исходное мнение: согласно этой позиции экспертов получается, что нет никакой разницы, имеем ли мы дело с вялотекущим типом течения или нет, хотя Международная классификация болезней 10-ого пересмотра, принятая с 1999 года и в нашей стране, разводит “параноидную шизофрению” и “вялотекущую шизофрению”, в том числе и с параноидной симптоматикой, в разные кластеры. Одинаковые практические выводы в отношении этих диагнозов послужили использованию психиатрии в политических целях в 60 – 80-е годы и стали основанием исключения советских психиатров из Всемирной психиатрической ассоциации. Перед нами, казалось бы, в заурядном деле К., оживает старая стилистика и технология искусственного натягивания принципиально более серьезного диагноза в деле, которое уже приобрело политическое звучание. Недалекость экспертов — в их усердной ориентации на непосредственную атмосферу обстоятельств дела, хотя требовалась простая профессиональная добросовестность.

Отвечая на **седьмой** вопрос — *“Нуждается ли К. в применении к нему принудительных мер медицинского характера, если да, то каких именно?”* — эксперты заявляют, что он *“представляет опасность*

для себя и окружающих”, вопреки прямо противоположным свидетельствам об этом и несоответствию этому его клинического состояния за все последние 12 лет регулярного наблюдения ПНД. Пытаясь обосновать это, эксперты ссылаются на непрерывное течение, умалчивая о его вялотекущем характере и, не смущаясь, прибавляют нигде до сих пор не фигурировавшие “эпизодические обострения психопатологических расстройств”, якобы “возникновение параноидной бредовой симптоматики”, которую они из латентной превращают здесь в манифестную, и договариваются до того, что опасность для себя и окружающих связана даже с эмоционально-волевыми личностными нарушениями подэкспертного, хотя сами описывали диаметрально противоположный всему этому апато-абулический рисунок переживаний и поведения К. Предложение экспертов направить К. на принудительное лечение нельзя рассматривать иначе, чем способ “закрыть дело” за счет судьбы больного человека. Наконец, нелепо предлагать принудительно лечить человека, который сам регулярно посещает ПНД и принимает назначенную терапию.

Наконец, на **восьмой** вопрос — “Если К. страдал и страдает психическим заболеванием, слабоумием или иным болезненным состоянием психики, отражается ли на его состоянии содержание под стражей в условиях камеры следственного изолятора, имеется ли угроза обострения заболевания или иная угроза его здоровью?” — эксперты пишут: “Вопрос № 8 не входит в компетенцию судебно-психиатрических экспертов”. То, что содержание такого больного в СИЗО, в условиях изоляции от внешнего мира и привычной для него среды обитания, проведения следственных действий и ощущения предстоящей угрозы его жизни и здоровью, существенно ухудшит его психическое состояние, является несомненным и уже подтверждено конкретными фактами. Эксперты сами пишут, что подэкспертный почувствовал ухудшение своего психического состояния и начал заниматься аутотренингом, чтобы “не впасть в безумие”.

Уклонение экспертов от ответа на этот вопрос характеризует их самих и бросает очередную тень на учреждение, которое воспитывает таких экспертов.

Итак, заключение комиссии судебно-психиатрических экспертов от 24 июля 2012 г. № 690/а амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы К., 1975 г.рожд. нельзя признать ни объективным, ни всесторонним, ни полным. Оно отличается большим количеством внутренних противоречий и явной тенденциозностью.

Наряду с этим, вопреки описанной крайней противоречивости и тенденциозности заключения комиссии судебно-психиатрических экспертов, текст их заключения содержит достаточно весомых и красноречивых клинических свидетельств для обоснованных ответов на все заданные восемь вопросов.

К сожалению, располагая через запятую набор выхваченных изолированных симптомов, не ранжируя их по надежности и обоснованности, не пытаясь сложить их в несколько конкурирующих осмысленных клинических версий и обосновать перевес одной из них, исходя из которой и можно было бы ответить на все вопросы, эксперты проигнорировали элементарные клинические требования.

В результате, на все вопросы эксперты ответили неудовлетворительно, явно тенденциозно, прибегая к умолчаниям и даже выдумкам. Ни один из ответов не может быть признан научно обоснованным и тем самым не может быть положен в основу решения суда. Мы бы ответили на седьмой вопрос — “нет”, а на все остальные — “да”.

Учитывая чрезвычайно крупный прецедентный характер этого дела, которое станет предметом разбирательства всего профессионального сообщества, мы предложили бы направить К. на повторную амбулаторную экспертизу в Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского для рассмотрения в новом составе.

Ю. С. Савенко

Наш журнал открывает две новые рубрики:

**“АНАЛИЗ СВОИХ ОШИБОК”,
“С ФОРУМА НПА” (см. www.npar.ru)**

Приглашаем принять участие!

14-летний опыт организации психиатрической помощи соматическим пациентам с психотическими и начальными дементными расстройствами в многопрофильной больнице

В. Н. Прокудин¹

В статье приводятся результаты анализа 14-летней работы отделения (кабинета) психотерапии — 9567 соматических больных ГКБ № 36 с коморбидными психотическими и начальными дементными расстройствами. Использование бригадного метода работы (интернист + психолог + психотерапевт или психиатр), разнообразных методов психологической коррекции, психотерапии и психофармакотерапии позволили эффективно купировать имевшиеся коморбидные психические расстройства и улучшить качество жизни этих больных. Особое внимание было обращено на организационные вопросы: выбор организационной модели оказания психиатрической помощи (взаимодействие-прикрепление), постоянное повышение знаний интернистов в клинической психиатрии.

Ключевые слова: коморбидность, организационная модель “взаимодействие-прикрепление”, обучение интернистов основам психиатрии, интеграция психиатрии в соматическую медицину.

К. Ясперс ещё в 1913 г. так определил взаимоотношения тела и души (в его фундаментальном труде “Общая психопатология”): “Тело и душа образуют неразрывное целое. Взаимосвязь этих двух начал в психопатологии проявляется более прямо и непосредственно, нежели в нормальной психологии. Существуют явления, повсеместно признанные в качестве чисто симптоматических, но отчасти зависящие от душевных процессов; к их числу относятся, в частности, продолжительность менструального цикла, истощение или ожирение и многие другие, а при определенных условиях, возможно, и все соматические функции. С другой стороны, даже самые сложные события психической жизни отчасти восходят к соматическим истокам” (Ясперс К., 1913). Одним из заметных исследований психических расстройств при соматических заболеваниях является монография К. А. Вангенгейм “Соматогенные психозы” (1962). Автор обобщила в этой книге свой 20-летний опыт клинициста и прозектора. Приведя исторические обоснования роли соматических заболеваний в происхождении психических расстройств, она последовательно излагает собственные данные, касающиеся ревматических и туберкулезных психозов; психотических расстройств, вызванных гноеродной инфекцией; приводит некоторые, выявленные ею, клинические закономерности при соматогенных психозах. Другим монографическим исследованием, посвящен-

ным изучаемой проблеме, является работа Б. А. Целибева “Психические нарушения при соматических заболеваниях” (1972). В этой книге автор описывает соматогенные психопатологические синдромы при ожоговой болезни, крупозной пневмонии, гриппе, колитах, при хирургических операциях, гематологических заболеваниях, беременности и родах. В статье “Соматопсихиатрия и неотложная психиатрическая помощь” В. Н. Козырев (1997 г.) пишет: “Одним из способов совершенствования психиатрической помощи является её интеграция в общесоматическую медицину. Условия такой интеграции в немалой степени зависят от организационной формы психиатрической службы. Наиболее распространенные, “классические” модели психиатрических учреждений — психиатрическая больница, психоневрологический диспансер, дневной стационар — не создают благоприятных условий для взаимного сближения психиатрии и различных других медицинских специальностей. Другие, менее распространенные формы организации психиатрической помощи, такие, например, как психиатрические отделения в многопрофильных соматических больницах, психиатрические и психотерапевтические кабинеты в территориальных поликлиниках и медико-санитарных частях, врачи-психиатры в различных лечебно-профилактических учреждениях, создают благоприятные условия для интеграции психиатрии и общесоматической медицины”. В. Н. Козырев в этой статье далее отмечает, что особое место в качестве подразделения, где психиатрический и соматический подходы осуществляются одинаково интенсивно и в неразрывном единстве, занимает соматопсихиат-

¹ Врач психиатр и психотерапевт, к.м.н., заведующий отделением /кабинетом/ психотерапии в ГКБ № 36.

рическое отделение (СПО). “Психосоматические” отделения (в отличие от СПО) предназначены для пациентов с собственно психосоматическими болезнями.

Отечественная психиатрия имеет несколько позитивных примеров в проблеме интеграции психотерапии в соматическую медицину. Так еще в 30-х годах в ряде соматических стационаров были открыты и с успехом функционируют соматопсихиатрические отделения (СПО) для лечения больных с сочетанием тяжелых форм соматической и психической патологии. Здесь уместно вспомнить о том, что по инициативе П. Б. Ганнушкина в Москве в соматической больнице им. Боткина в 1932 г. было организовано психиатрическое отделение для инфекционных больных (Т. И. Юдин, 1951). В исследованиях организаторов психиатрической помощи показано, что в Москве только 0,4 % психически больных лечатся в СПО. Предполагается, что реальная потребность в соматопсихиатрических койках выше. Для адекватного обслуживания пациентов с сочетанной тяжелой соматической и психической патологией требуется 0,7 соматопсихиатрической койки на 10 тысяч населения (Зайцев Д. А. с соавт., 1999). В исследовании И. Я. Гуровича с соавт. указывается, что контингент больных в соматопсихиатрическом отделении (СПО) 1-ой Градской больницы г. Москвы формируется в основном за счет переводов из других стационаров: 36,8 % больных были переведены из психиатрических больниц и психоневрологических интернатов, 19,2 % — из соматических больниц и 44,0 % были доставлены из дома. Следует признать, заключают авторы, что количество СПО в соматических стационарах развернуто недостаточно. Психические расстройства у больных СПО были следующими: 34,1 % — шизофрения, 16,4 % — психозы и слабоумие старческого возраста, 14 % — другие психозы, 19,3 % — непсихотические расстройства, 5,7 % — умственная отсталость и 10,5 % — алкоголизм и алкогольные психозы. Среди соматических заболеваний у этих больных были диагностированы болезни легких (пневмонии) у 11,35 %, ишемическая болезнь сердца — у 9,64 %, в 5,46 % случаев — гипертоническая болезнь, как правило, тяжелые ее формы (обычно III стадия), нередко осложняющиеся развитием дисциркуляторной энцефалопатии, у 6,21 % больных — заболевания желудочно-кишечного тракта (преобладала язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, острые неинфекционные гепатиты, циррозы печени, панкреатиты), у значительного числа пациентов была выявлена хирургическая (9,58 %) и гинекологическая (8,46 %) патология. (Гурович И. Я. с соавт., 1999). Организация помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией имеет ряд особенностей. Это связано со сложностью лечения подобных больных как в традиционных психиатрических стационарах, так и в общемедицинских учреждениях (Шмуклер А. Б., 1992). Согласно опросу, проведенно-

му Американской психиатрической ассоциацией, около 25 % из 40 тысяч психиатров были привлечены в качестве консультантов в соматические больницы. Благодаря этому число выписанных больных, получивших психиатрическую помощь в многопрофильных соматических больницах, не имеющих психиатрических отделений, увеличилось в США с 200 тысяч в 1965 г. до 1,2 миллиона в 1979 г. Считается, что это улучшает качество лечения, а также выгодно в финансовом отношении (Schwab J. J., 1989).

За рубежом более четверти века тому назад появились исследования, подтверждающие возрастающий интерес интернистов к психиатрическим консультациям больных, находящихся на лечении в общих больницах. Cavanaugh J. L. (Jr) и Flood J. (1976) разработали специальный вопросник для врачей-интернистов общих больниц. Из 244 врачей, получивших этот опросник, ответили 96 (39 % респондентов). 99 % респондентов согласилось, что легко доступная консультативная психиатрическая служба должна быть полностью задействованной в общих больницах. Benson R. (1976) обобщает пятилетний опыт работы психиатрической службы в общей больнице. Из проведенного им обзора американской литературы по этой проблеме делается вывод, что такая служба исключительно важна. В 2-хтомном американском руководстве “Клиническая психиатрия” Г. И. Каплана и Б. Дж. Сэдока (1964) в главе “Психологические факторы, влияющие на физическое состояние” в разделе “Консультационная психиатрия” американские авторы описывают некоторые организационные принципы консультационной работы психиатров в многопрофильных лечебных учреждениях в США. Дается следующее определение консультационной психиатрии (КП): “В КП психиатр является консультантом медицинского учреждения или врача-непсихиатра, проводит консультации больных, находящихся в терапевтических или хирургических клиниках, и рекомендует психиатрическое лечение, если это требуется. В целом КП связана со всеми видами диагностических, терапевтических и других мероприятий, которые психиатр выполняет в клиниках общего профиля, и служит мостиком между психиатрией и другими профессиями”. Психиатры консультационной психиатрии вносят существенный вклад в работу с больными. Он состоит в анализе реакции больного на заболевание, его психологических и социальных ресурсов, отношения к болезни, а также явных психических нарушений, если они есть. На этой основе составляется план работы с больным, консультант-психиатр доводит свое мнение до сведения интернистов, которые лечат больного. Его рекомендации должны быть четкими и конкретными. Врач консультационной психиатрии может рекомендовать психотропную терапию на месте, рассказать интернисту и медперсоналу, какое значение для больного имеет психосоциальная забота или рекомендовать перевод больного в психиат-

рическую больницу. Диапазон вопросов, с которыми сталкивается психиатр консультационной психиатрии, очень широк. Исследования показывают, что вплоть до 65 % соматических больных имеют психические нарушения, наиболее частыми симптомами у них являются тревога, депрессия и дезориентировка. Во многих зарубежных статьях, посвященных консультативно-лечебной психиатрической помощи стационарным пациентам больницы общего профиля, обсуждается модель этой помощи в виде “psychiatric consultation-liaison service” /психиатрическая консультативно-взаимодействующая служба/. Shevitz S. A. et al. (1976) анализируют 1000 психиатрических консультаций в больнице общего профиля. 1000 стационарных терапевтических и хирургических больных были проконсультированы психиатром, так как в 68,2 % случаев у них имелось сочетание соматических и психических расстройств. В журнале “General Hospital Psychiatry” (Психиатрия в больнице общего профиля) Hales R. E. (1985) в статье “Польза от психиатрической консультативно-взаимодействующей службы в больнице общего профиля” отмечает, что полностью заполненный штат и стабильное финансирование такого рода психиатрической службы в общих больницах может способствовать значительному улучшению состояния пациентов, внутрибольничного администрирования и статуса самих психиатров за счёт возрастания скорости диагностирования психиатрических и психосоматических расстройств, снижения длительности пребывания на койке терапевтических и хирургических больных, увеличению использования лечебных служб и развития новшеств в консультативно-взаимодействующей активности. Статья суммирует эту пользу и те помехи, которые должны быть преодолены для усиления взаимодействия между психиатрией и общей медициной, с тем, чтобы эта польза была реализована. Bernstein R. A. (1980) в этом же журнале обсуждает модель “liaison psychiatry” (“взаимодействующей психиатрии”) как вариант психиатрической службы в общем госпитале. Автор указывает, что модель “взаимодействующей психиатрии” является традиционно практикующейся в терапевтических и хирургических отделениях общей больницы. Суть этой модели состоит в том, что психиатрическая служба в общих больницах осуществляется психиатром, взаимодействующим, согласующим свои диагностические и лечебные заключения с интернистами-лечащими врачами. Автор считает, что именно такие консультации психиатра являются наиболее эффективными и наиболее подходящими в общей больнице, где такая модель отчетливо демонстрирует преимущества в лечении соматических проблем у стационарных больных. В последние годы за рубежом появились специальные монографии, посвященные консультативной взаимодействующей психиатрии. Одна из таких монографий опубликована в Японии — “Consultative-liaison psychiatry in Japan”

под редакцией Fukunishi I. (2001, 132 p.) В ней отмечено, что, несмотря на большие достижения в медицинских технологиях, психические стрессы при любых заболеваниях занимают большое место и имеют большое значение в оформлении клинической картины у любого больного. В результате, это приводит к значительному превалированию коморбидных психических расстройств в больницах общего профиля и в амбулаторной практике. Консультативно-взаимодействующая психиатрия — это подраздел психиатрии, который фокусирует внимание на этой проблеме. Она становится связью — цепочкой между дисциплинами психического здоровья и другими областями здравоохранения во всем мире. Еще одна монография на эту тему: “Consultation-liaison psychiatry in Germany, Austria and Switzerland” под редакцией Diefenbacher A. (Berlin) опубликована в 2004 г. В ней отмечено, что соматические больные часто страдают от психологических симптомов. Диагностика и лечение этих симптомов и лежащие в их основе психиатрические расстройства и являются задачей консультативно-взаимодействующей психиатрии. В этой монографии представлены последние достижения в лечении психиатрической коморбидности в больницах общего профиля, а также психических расстройств в амбулаторной практике, депрессий, алкоголизма. Специально подчеркивается, что в Германии существуют две отдельные сертифицированные специальности: врачи-психиатры и врачи-психосоматики. В одной из последних по времени публикаций итальянских психиатров Carpiello V. с соавт. (2002) обобщается 5-летний опыт психиатрических консультаций в университетской общей больнице. С 1955 по 1999 гг. по консультативно-взаимодействующей модели проведено 1556 психиатрических осмотров. Большинство запросов на консультации психиатра (68 %) поступило из терапевтических отделений. Аффективные синдромы были диагностированы у 25 % больных, невротические, соматоформные и связанные со стрессом — у 36,6 %. 60 % больных были назначены психотропные средства, 50 % — оказывалась психологическая поддержка (т.е. 16 % больных получали и психофармакотерапию и психотерапию).

Как уже упоминалось в первом сообщении (о непсихотических расстройствах у соматических больных, опубликованном в “Независимом психиатрическом журнале”, 2011, № 1, стр. 69 – 74), в сентябре 1997 г. мною было организовано отделение (кабинет) психотерапии в ГКБ № 36. В настоящее время в больнице развернуто 1680 коек: 735 — хирургических (в 13-ти отделениях), 350-терапевтических (в 5-ти отделениях), 250-акушерских (в 4-х отделениях), 120 гинекологических (в 2-х отделениях), кроме того, в больнице имеются 68 реанимационных коек (12 — кардиореанимационных, 12 — общей, 10 — нейрохирургической, 10 — ожоговой, 9 — для новорожденных, 6 — хирургической, 6 — неврологической и 3 —

акушерской), а также 45 —внебюджетных коек, 15 коек дневного стационара.

Проведенный нами *статистико-эпидемиологический анализ (на основании годовых отчетов за 1998 – 2011 гг.)*, показал, что за последние 14 лет в ГКБ № 36 было госпитализировано 503537 больных в различные клинические отделения больницы с разными соматическими заболеваниями (в соответствии с клиническими профилями).

За 14 лет сотрудниками отделения психотерапии оказана консультативно-лечебная помощь 31476 соматическим больным с различными психическими расстройствами, что составило 6,25 % от общего количества госпитализированных больных. Так как многие пациенты консультировались повторно в динамике терапии — общее количество консультаций равно 55750 (11,7 % от общего количества госпитализированных).

За прошедшие годы произошло отчетливое увеличение количества психиатрических и психотерапевтических консультаций (первичных — в 3,6 раза, всех консультаций вместе с повторными — более чем в 4 раза). Это было связано с увеличивающейся из года в год потребностью в психотерапевтической и психиатрической помощи, а также с усилиями сотрудников отделения психотерапии по обучению врачей-интернистов больницы на специальных семинарах и использованию бригадного метода работы с интернистами по модели “взаимодействие-прикрепление”.

Среди 31476 проконсультированных и пролеченных пациентов было: женщин — 12802 (40,7 % *отсюда и далее все % % даются от общей суммы проконсультированных больных*), мужчин — 18674 (59,3 %). По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: 18 – 19 лет — 731 больных (2,3 %), 20 – 39 лет — 8720 (27,7 %), 40 – 59 лет — 9111 (28,9 %), 60 и более лет — 12924 (41,1 %).

Группа соматических пациентов с коморбидными психическими расстройствами старше 60 лет оказалась непропорционально большой: 41,1 % от всех исследованных больных, составив почти половину от общего количества проконсультированных-пролеченных больных.

Соматические диагнозы у пациентов, обнаруживших психические расстройства, были следующими: скелетные травмы — 16,2 %, черепно-мозговые травмы — 14,1 %, ИБС — 13,8 %, ожоги — 12 %, гипертония — 9,5 %, церебро-васкулярная патология — 7,4 %, отравления-интоксикации — 3,3 %, челюстно-лицевая патология — 2,4 %, болезни печени — 2 %, органические поражения ЦНС — 1,8 %, инфаркт миокарда — 1,6 %, болезни ЖКТ — 1,4 %, акушерская патология — 1,1 %, гинекологическая, акушерская, онкологическая патология, тиреотоксикоз, вегето-сосудистая дистония и др. — менее чем по 1 %.

Нами проведён также *клинико-психопатологический (феноменологический) анализ* клинических

особенностей сопутствующих (коморбидных и иных) психических расстройств у стационарных соматических больных, касающийся диагностики психических расстройств. Этот анализ проведён по МКБ-10 и, дополнительно, по “Глоссарию психопатологических синдромов и состояний”, (А. К. Ануфриев, Ю. И. Либман и В. Г. Остроглазов, 1990).

Как уже было сказано выше, к концу 2011 г., за 14 лет, было выявлено, 31476 пациентов с коморбидными психическими расстройствами. При этом 22909 пациентов страдали непсихотическими расстройствами (см. Независимый психиатрический журнал, 2011, 1, 69 – 74), 9567 (30,4 %) больных — расстройствами психотического и начального дементного уровня. Среди них: органические психозы и (или) слабоумие — у 8096 (25,7 %), *в том числе начальная стадия сосудистой деменции — у 764 (2,7 %) пациентов*; а также алкогольные и смешанные делирии — у 1471 (4,7 %) больных. Именно этим 9567 пациентам посвящено настоящее сообщение.

Выявленные сотрудниками отделения психотерапии психотические расстройства у стационарных соматических больных на фоне нередко тяжелой соматической патологии развивались чаще всего по типу кратковременных психотических эпизодов, продолжительностью несколько часов (чаще всего ночью), симптоматические по патогенезу. Прежде всего, это были больные со спутанностью сознания на фоне церебро-васкулярной болезни (тяжелые случаи церебрального атеросклероза, ишемической болезни мозга, острого периода инфаркта мозга), тяжелой ожоговой интоксикации, тяжелого острого периода черепно-мозговой травмы. В клинико-психопатологическом плане чаще всего это были престарелые пациенты, порой никогда ранее не госпитализировавшиеся в больницы. Впервые оказавшись в ситуации изоляции от привычного бытового окружения (своей комнаты, кровати, тумбочки и т.п.), на фоне выявившегося соматического заболевания, в окружении незнакомых 4 – 5 соседей по палате, у них в бессонные часы первых 1 – 3 ночей развивались эпизоды спутанности сознания с блужданием по палате, попытками лечь на чужую постель, перебиранием предметов в чужих тумбочках, собиранием своих вещей и сумок, стремлением уйти из больницы. Обычно, после срочной консультации психиатра, которая происходила на следующее утро после эпизода спутанности сознания, выяснялось, что пациент не помнит о том, что с ним было ночью. Ему назначались феназепам и соннапакс в небольших дозах.

Наряду с этим, у небольшой части пациентов с атеросклеротической энцефалопатией (всего у 2,7 %), отмечались легкие, начальные проявления сосудистой деменции в виде снижения когнитивных функций (прежде всего памяти), обстоятельности и ригидности мышления на фоне эмоциональной лабильности. Этим пациентам назначался соннапакс и феназепам в

небольших дозах, а также мексидол в оптимальных дозах.

У пациентов любого возраста с тяжелыми проявлениями ожоговой или травматической энцефалопатии могли развиваться abortивные соматогенные психозы с отрывочными бредовыми идеями и элементарными расстройствами восприятия. Таким больным назначался соннапакс, галоперидол в небольших дозах, мексидол.

В этом же ряду — кратковременные алкогольные абстинентные делирии, возникшие у стационарных соматических больных, лишенных возможности (из-за строгого постельного режима) снять явления алкогольной абстиненции очередным приемом алкоголя.

В условиях соматической больницы делирии чаще всего развиваются у лиц злоупотребляющих алкоголем. Обычно эти лица в связи с госпитализацией по поводу какого-либо серьезного соматического заболевания (скелетная или черепно-мозговая травма, желудочное кровотечение или панкреатит, гепатит, ожоги и др.) оказываются лишенными возможности ежедневно выпивать спиртное (как это происходило в течение последних дней, недель или месяцев). На третий, четвертый день такого вынужденного воздержания от алкоголя у этих больных развивается картина алкогольного или смешанного (сочетающегося с ЧМТ, ожогом, скелетной травмой и пр.) делирия.

Купирование алкогольного или смешанного делирия в условиях соматической больницы должно проводиться в условиях отделения реанимации, где могут быть проведены основные реанимационные мероприятия. Основная тактическая задача заключается в купировании психомоторного возбуждения и борьбе с бессонницей, поскольку наступление сна у больного с делирием свидетельствует о приближающемся выходе из психоза.

Наиболее эффективным методом купирования алкогольного делирия является внутривенное, вначале струйное введение 10 — 20 мг диазепама (реланиума, сибазона) или 3 — 6 мг феназепама, одновременно больному налаживают капельницу с внутривенным введением физиологического раствора 500,0 мл и еще 10 — 20 мг диазепама или 3 — 6 мг феназепама. Одновременно в этой же капельнице вводятся максимально допустимые дозы витаминов группы В (витамины В1 назначают внутримышечно в дозе до 0,05 г.). Внутримышечно назначают также мексидол до 400 мг/сутки (обладающий, кроме перечисленных выше ноотропных и подобных ему свойств, также и антиалкогольным действием). Внутрь больным с делирием назначают карбамазепин по 600 мг/сутки и феназепам по 3 — 6 мг/сутки.

Такое интенсивное лечение больных в состоянии делирия с повторными (по 2 — 3 раза в сутки) капельными внутривенными и внутримышечными введениями вышеперечисленных лекарственных препаратов продолжается 2 — 3 суток. Основным признаком

для прекращения интенсивной терапии является наступление сна у больного.

При смешанных делириях (когда ожоговая, черепно-мозговая травматическая, сенильная, интоксикационная или иная соматическая патология наслаивается на алкогольную энцефалопатию) к перечисленным выше методам лекарственного воздействия присоединяются соответствующие лекарственные средства, показанные при той или иной конкретной соматической патологии.

Все соматические больные с сопутствующей шизофренией обнаружили резидуальные, в основном невротические и психопатоподобные проявления, поэтому, условно отнесены нами к группе пограничных и оценены в 1-ой статье.

Из всех 9567 соматических больных с коморбидными психотическими и начальными дементными расстройствами психиатрами отделения психотерапии 85 пациентов было переведено в соматопсихиатрические отделения других больниц и 238 — в психиатрические больницы.

* * *

На основе полученного за 14 лет клинического опыта работы психиатров-консультантов (а также психотерапевтов и психологов) отделения психотерапии ГКБ № 36 по выявлению среди стационарных соматических пациентов лиц с коморбидными психическими расстройствами и их лечению, нами были выработаны 4 инновации, существенно улучшившие качество оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи пациентам с сочетанием соматической и психической патологии.

Первая инновация состоит в том, что психотерапевтами и психологами отделения психотерапии было уделено пристальное внимание *повышению знаниями интернистов в области пограничной психиатрии и медицинской психологии*. Для этого заведующим отделением психотерапии периодически проводятся образовательные семинары по этой тематике для врачей терапевтов, хирургов и акушеров-гинекологов. На этих семинарах врачи-интернисты знакомятся с 7-ю критериями психического здоровья (1. осознание и чувство непрерывности и идентичности своего "Я", 2. чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях, 3. критичность к себе и своей психической деятельности и её результатам, 4. соответствие психических реакций силе и частоте жизненных воздействий и ситуаций, 5. способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, 6. способность планировать и реализовывать жизненные планы, 7. способность изменять поведение в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств), с основами общей и пограничной психиатрии, соматопсихиатрии и психосоматики, с понятием о психосоматических болез-

нях, о соматоформных и соматизированных расстройствах. Такое перманентное повышение знаний интернистов в области психиатрии оказалось существенно необходимым для любого интерниста, который в ходе обучения в медицинском ВУЗе только 3 недели на 5 курсе знакомится с психическими расстройствами и уже к моменту получения диплома врача-лечебника основательно забывает зачатки психиатрических знаний. Это повторное напоминание интернистам основ психиатрии и психосоматики отчетливо сказалось на том, что в последние годы и терапевты, и хирурги, и акушеры-гинекологи гораздо чаще распознают коморбидные психические расстройства у соматических больных, чаще вызывают психотерапевтов или психологов на консультации своих пациентов.

Вторая инновация заключается в том, что на основе опыта работы отделения (кабинета) психотерапии ГКБ № 36 здесь была адаптирована к российским условиям известная на Западе *модель организации психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи больным многопрофильного соматического стационара с коморбидными психическими расстройствами — модель “взаимодействие — прикрепление”*. Суть этой модели в том, что психотерапевт/психиатр или психолог, консультируя по заявкам интернистов соматического пациента с каким-либо психосоматическим или иным коморбидным психическим расстройством, обязательно обсуждает с лечащим врачом-интернистом анамнез жизни и болезни этого пациента, основные психологические проблемы и особенности его психического статуса (этап взаимодействия), проводит ему психологическую коррекцию, психотерапию и психофармакотерапию, повторно активно консультирует больного в динамике терапии и постепенно обучает интерниста дальнейшему ведению, образно говоря, “прикрепляет” такого пациента к интернисту (этап прикрепления). При этом психиатр/психотерапевт отделения психотерапии способствует повышению квалификации интернистов в области диагностики и лечения психической патологии. Такая модель позволяет преодолеть недостаточную осведомленность врачей-интернистов в области психотерапии/психиатрии и организовать эффективное выявление различных психических расстройств у соматических пациентов.

Третья инновация — в организации психотерапевтической и психологической помощи состоит в том, что мы способствовали переходу к *бригадному методу работы со стационарными соматическими пациентами с коморбидными психическими расстройствами*, когда подобные больные одновременно обсуждаются психотерапевтом/психиатром и медицинским психологом с интернистом-лечащим врачом, и с заведующим тем клиническим отделением, куда госпитализирован подобный больной и, при необходимости, с неврологом, с эндокринологом и с другими специалистами.

Четвёртая инновация, примененная нами в лечении соматических пациентов с коморбидными психическими расстройствами, заключается в том, что при лечении подобных больных мы всегда использовали *сочетанное применение психологической коррекции и иных медико-психологических методик, различные виды психотерапии и дифференцированную психофармакотерапию* (мягкие нейролептики — соннапакс, эглонил и др.; легкие антидепрессанты — азафен, коаксил; транквилизаторы — феназепам, алпрозолам).

В организационном плане нами были разработаны *формы деятельности психиатра в соматическом стационаре*:

1. Все плановые заявки на консультацию психиатра выполняются в течение ближайших 30 минут, а срочные заявки — немедленно.

2. В ходе консультативно-лечебной работы всем пациентам, проконсультированным психиатром, наряду с четким описанием их психического статуса и установлением синдромологического и нозологического диагноза, широко назначается дифференцированная психофармакотерапия различными психотропными препаратами (одновременно проводится адекватная психотерапия / всё это в сочетании с той терапией, которую получает соматический больной по назначению своего лечащего врача-интерниста/).

3. Кроме консультирования пациентов по заявкам от лечащих врачей и заведующих клинических отделений психиатр инициативно (в соответствии с динамикой психического состояния) осуществляет повторные консультации (нередко многократные, иногда ежедневные) ранее осмотренных пациентов.

4. Психиатр отделения психотерапии работает в постоянном контакте с врачами-ординаторами и заведующими всех клинических отделений больницы. Оказывая консультативно-лечебную помощь соматическому пациенту, для которого интернист является лечащим врачом, психиатр обязательно обсуждает с интернистом тактику лечения психических расстройств у конкретного соматического больного.

5. Для эффективности работы модели оказания консультативно-лечебной помощи “взаимодействие-прикрепление” психиатр проводит перманентное обучение интернистов основам психиатрии, соматопсихиатрии и психосоматики, особенно в области раннего выявления психических расстройств у соматических пациентов. Для этого психиатру необходимо разработать специальную программу обучающих семинаров и регулярно проводить их со всеми врачами клинических отделений больницы.

6. Психиатр в своей клиничко-консультативной работе нередко согласовывает свою деятельность с участковыми психиатрами районных психоневрологических диспансеров, лечащими врачами тех психиатрических больниц, где постоянно наблюдаются или ранее лечились те соматические пациенты, которые в

настоящее время находятся на стационарном лечении в соматической больнице и проконсультированы психиатром отделения психотерапии.

7. Психиатр участвует в психиатрическом освидетельствовании соматических пациентов с психотической и (или) дементной симптоматикой в случаях оформления подобных больных либо в дома-интернаты общего типа, либо в психоневрологические интернаты.

8. Психиатр нередко выполняет функции врача-нарколога. Ему приходится по срочным или по плановым заявкам практически из всех клинических отделений осуществлять консультативно-лечебную помощь соматическим пациентам с сопутствующими разнообразными соматическими заболеваниями с различными проявлениями наркологических расстройств: хроническим алкоголизмом с явлениями абстиненции и делириями (чаще всего смешанного типа /алкогольно-интоксикационные делирии /при сочетании, например, алкогольной абстиненции и ожоговой интоксикации).

9. Психиатр осуществляет переводы стационарных соматических больных в СПО других соматических стационаров или в психиатрические больницы. Больные с одинаково отчетливо представленной и соматической, и психической патологией переводятся в СПО тех крупных больниц, где такие отделения развернуты. Больные, у которых соматическая патология нивелирована переводятся в психиатрические больницы.

Одной из специфических особенностей работы психиатра отделения психотерапии с соматическими больными с психическими расстройствами в условиях многопрофильного соматического стационара является нередко возникающая необходимость проводить консультативно-лечебную, психотерапевтическую и медико-психологическую работу прямо в палате, в окружении других, нередко, тяжелых больных (особенно это касается тяжелых соматических больных).

Большие особенности придает работе психиатра в составе отделения психотерапии соматической больницы кратковременность пребывания основного контингента соматических больных в стационаре (в среднем от 9 до 15 – 20 дней).

Необходимо отметить ещё один существенный факт, на который указывают многие соматические больные, проконсультированные психиатром в связи с сопутствующими психическими расстройствами. Эти больные дали согласие на консультацию психотерапевта, психиатра или медицинского психолога, предложенную им лечащим врачом-интернистом, либо сами высказали желание побеседовать с этими специалистами. Большинство из них совершенно определенно говорили о том, что даже при субъективном понимании необходимости в помощи психотерапевта или психиатра в разрешении каких-либо невротических или личностных проблем они никогда бы не решились обратиться в районный психоневрологиче-

ский диспансер из-за опасений “быть поставленными на учет”, получить “ярлык душевнобольного”. Ситуация, когда в многопрофильной соматической больнице у пациента с сопутствующими психическими расстройствами возникает возможность обсудить свои личностные или невротические расстройства с медицинским психологом или психиатром, расценивается такими пациентами, как наиболее удобная, не вызывающая тревожных опасений перед “постановкой на учет”, приклеиванием ярлыка душевнобольного.

Постоянное наличие в многопрофильной соматической больнице штатного врача-психиатра, психотерапевта и медицинского психолога, работающих в составе отделения психотерапии, дают возможность в течение 15 – 30 минут после подачи заявки на консультацию осуществить ее этими специалистами. Это создает исключительно благоприятные условия (и для интернистов, и для больных с сопутствующими расстройствами психики) для осуществления специализированной психиатрической, психотерапевтической или медико-психологической помощи, причем в наиболее щадящих, не травмирующих душевное состояние пациентов условиях.

Итак, в результате использования в течение последних 14 лет психиатрами, психотерапевтами и психологами отделения (кабинета) психотерапии ГКБ № 36: а) перманентного повышения уровня знаний интернистами в психиатрии и психосоматике; б) организационной модели “взаимодействие-прик-репление”; в) в сочетании с бригадным методом обследования и лечения; и г) применения небольших доз транквилизаторов, антидепрессантов и легких нейролептиков обязательно в сочетании с психотерапией, а иногда и с психокоррекцией, соматические больные с коморбидными психическими расстройствами пограничного уровня своевременно выявлялись лечащими врачами-интернистами, в день выявления консультировались психиатрами/психо-терапевтами, получали адекватную психофармакотерапию в наиболее благоприятных условиях многопрофильной больницы (с одновременным лечением основного соматического заболевания), без стигматизации и дискриминации (нередко имеющих место в условиях психиатрического стационара), что способствовало быстрому купированию коморбидных пограничных психических расстройств и улучшению качества жизни подобных больных. 14-летний клинический опыт подтверждает необходимость интеграции психиатрии, психотерапии и медицинской психологии с соматическую медицину.

Благодарность.

Выражаю благодарность сотрудникам отделения психотерапии ГКБ № 36 (М. А. Сайкину, В. Н. Цыгановой, Л. И. Зонтовой,) без ежедневной помощи которых данная работа не могла бы быть осуществлена.

Построение углубленной профилактики химических зависимостей и пути улучшения ситуации в России

И. С. Павлов

Статья А. Г. Гофмана в соавторстве “Об алкогольной ситуации в России и путях улучшения наркологической помощи” своевременна и очень актуальна (НПЖ № 2, 2010). Статья очень хорошо аргументирована в плане демонстрации вреда алкогольной ситуации в нашей стране. А. Г. Гофман ставит вопрос: “Что же можно сделать в создавшейся ситуации, чтобы коренным образом изменить существующее положение?”

Авторы статьи указывают два пути решения этого вопроса.

Первый — контроль за качеством спиртных напитков, применение административных мер, запрет рекламы алкоголя, реклама негативных последствий алкоголизма.

Второй — резкое ограничение доступности алкоголя: сокращение продажи спиртных напитков и мест их потребления.

Всё остальное, включая антиалкогольную пропаганду и поощрение здорового образа жизни, конечно, не отвергается, но рассматривается как дополнительные мероприятия.

Авторы статьи видят цель всех мероприятий в возвращении к нормам потребления алкоголя перед началом Великой Отечественной войны, то есть к 2 литрам абсолютного алкоголя на душу населения в год. В статье детально описана технология достижения этой цели, но, как заключают авторы статьи, “пока остается только надеяться на возможность такого развития ситуации”.

А. Г. Гофман критически относится к заместительной терапии, исходя из своей многолетней практики изучения проблемы наркомании, повышения толерантности к препаратам заместительной терапии, стремления дополнить ее привычными наркотиками, к чему приводил прием “лестничного” купирования синдрома лишения у наркоманов.

Важно учитывать фактор фазы интоксикации и светлого промежутка при наркоманиях по аналогии с истинным запоем при алкоголизме, когда человек устал от наркотиков, пресытился и уже не хочет их принимать, но возникает синдром лишения и токсический эффект. Можно констатировать, что заместительная терапия — это ведение наркологами больных в их наркомании (где наркотик относится к препаратам за-

местительной терапии), купирование и профилактика осложнений, с небольшим замедлением прогрессивности болезни и снижением криминогенности.

На проблему пьянства, зависимости в разное время смотрели по-разному. Сначала пьянство рассматривали как “греховность” и “аморальность” в поведении, в дальнейшем как “слабоволие” и “распущенность”. В наше время сохраняет значение следующее резюме: “Перед социологией, медициной и биологией стоят три различных проблемы: потребление человечеством алкогольных напитков, злоупотребление ими отдельными группами людей и патологическое пристрастие к ним”. “Человек, общество и алкоголь — три группы причин определяющих возникновение этих проблем. Роль этих причин меняется в зависимости от того, какую проблему мы подвергаем рассмотрению” (Б. М. Сегал).

В настоящее время, судя по докладам и публикациям, в клинике алкоголизма и химических зависимостей центральной проблемой является патологическое влечение.

Между тем, как показали наши исследования, для людей, злоупотребляющих спиртным или тем более больных зависимостью, главной проблемой является состояние опьянения. Именно оно служит целью больных. Если бы у больных зависимостью было только влечение к спиртному, то можно было создать с помощью ароматизаторов, вкусовых имитаторов “искусственную” водку, и это удовлетворило бы злоупотребляющего больного, ведь по сути дела патологическое влечение было бы удовлетворено. Однако, мы знаем, чем кончается замена пива на безалкогольное пиво. Потребность в состоянии опьянения является первичной, а патологическое влечение вторично, так как если нет потребности в состоянии опьянения, то нет и влечения. Влечет к тому, в чем есть потребность. Такой подход не отменяет тенденцию подавления патологического влечения, а расширяет возможности профилактики и лечения путем деактуализации потребности в состоянии опьянения.

В специальной наркологической литературе стыдливо умалчивается роль опьянения в жизни человека. В крайнем случае, говорят об эйфоризирующем эффекте или релаксации.

Наш анализ показывает, что состояние опьянения врет жесткую связь внутреннего мира человека с его реальностью, дает внутреннему миру человека своеобразную автономию, и он в соответствии со своим ожиданием, получает то свое состояние, к которому стремится (как положительное, так и отрицательное, которое успокаивает, отвлекает, дает состояние агрессии, веселья, усиливает радость, обиду, смягчает горе, чувство утраты, снимает фактор совести, чувство стыда и т.д.).

Наши клинические наблюдения показали, что если происходит перенос значимой жизни человека, его “Я” в состояние опьянения, то происходит становление систематического пьянства, а в дальнейшем и зависимости. Проблема в феномене жизни в состоянии опьянения. Так что зависимость — это заболевание, в котором люди хотят и стремятся жить в состоянии опьянения.

Анализ состояния опьянения у людей, редко и умеренно употребляющих спиртное, у людей, систематически злоупотребляющих (то есть, кандидатов на формирование зависимости), и у самих зависимых делает актуальным такой фактор жизни человека как значение, которое является основой человеческого существования, человеческого присутствия в этом мире.

Ведь человек в своей жизни главным образом имеет дело со значениями окружающей среды, явлений, своих состояний. В этом смысле люди, страдающие химической зависимостью, не исключение. К сожалению, нет специальных, прицельных исследований конкретных, жизненно важных, определяющих поведение значений у зависимых. Важно отметить, что значение это не только слово, символ, но и ощущение, представление, психическое состояние. В то же время, состояния человека, его потребности формируют, определяют значения вещей, явлений, ситуаций. Поэтому важна психотерапевтическая работа по перестройке значений, которые есть у злоупотребляющих и зависимых, как для профилактики пьянства, так и для лечения зависимости. Например, восстановление адекватного значения жизни в трезвом состоянии, спасительная полезность этого состояния, в противовес тому значению, которое имеет состояние опьянения для зависимых и злоупотребляющих.

Сила проявления значения, мера его активности, как отмечено в литературе, — это способность к систематической продуктивности, способность к стабильно-деятельному жизненному состоянию. Поэтому важно формировать, тренировать в процессе психотерапии проявление силы значения трезвенничества и низводить значение жизни в состоянии опьянения. Необходима работа по профилактике пьянства, терапии зависимости через развитие самоутверждения, реализацию своей сущности, своего “Я”, осознание ценности “себя” и своего “Я”. Человеческое сознание существует в мире его знаний, в реализации его самоутверждения.

Связанная с продвижением здорового образа жизни антиалкогольная пропаганда в настоящее время носит оттенок банальности, лишена желаемой конкретности, плана действий общества и человека, энергетической составляющей.

Здоровый образ жизни — это такой стиль жизни, который не приносит вреда и осложнений здоровью и жизни человека, как в настоящее время, так и в будущем. Это стиль, который держит человека в активном состоянии, который тренирует его во всех отношениях, но не перегружает, не истощает. Для уже больных людей — это стиль, который не усугубляет заболевание, а, наоборот, ослабляет его. То есть это щадящий образ жизни. Примером тому может служить жизненный путь К. Ясперса, болевшего тяжелым недугом и прожившего долгую плодотворную жизнь, руководствуясь древнекитайским девизом, — чтобы прожить долгую жизнь, надо чем-то заболеть. Болезнь человека заставляет его постоянно уделять внимание своему здоровью, его поддержанию.

Необходимо заменить “антиалкогольную пропаганду” на внедрение тенденции полноценной, значимой жизни в трезвом состоянии, никчемность, позорность жизни в состоянии опьянения, неприличность, немодность, унижительность жизни в этом состоянии. Основа жизни в целом, во всех ее проявлениях — трезвое состояние. Ведь когда надо правильно оценить реальность, то применяют такие выражения как “трезвый взгляд”, “трезво посмотреть”, “трезво, реально оценить”.

Адекватность и продуктивность жизни состоит в реальной оценке своей жизни в целом, всех жизненных ситуаций. Нужно жить, действовать, воспринимать в трезвом, незатуманенном состоянии, а не в алкогольной смазанности, приукрашенности или драматизации окружающей жизни и своего состояния. Около 90% взрослого населения потребляют спиртное по случаям, но живут значимой для себя жизнью, в трезвом состоянии и не пьянствуют систематически.

Важно учитывать и повышать уровень реабилитационного потенциала, описанный Т. Н. Дудко, а также фактор алкогольной астении в трезвом состоянии с явлениями особой формы ангедонии, при которой теряется яркость и эмоциональность восприятия окружающей действительности, снижается получение от нее эмоционального заряда, чувства ценности жизни, мотивации к жизнедеятельности.

Мы убеждены, что для повышения эффективности профилактики важно начинать с формирования понимания различных угроз и опасностей (явных, скрытых, опосредованных, отсроченных), а также психической устойчивости и душевной стабильности. Только после этого можно говорить о вреде воздействия алкоголя и наркотиков, не возбуждая интереса к ним, а осторожно накладывая эту информацию на понятие угрозы, чувство ответственности за свою жизнь и понятие химической зависимости.

В заключение необходимо сказать, что надо по-другому посмотреть на фактор количества потребления спиртного на душу населения в стране, так как он имеет два аспекта.

Первый, наиболее важный, состоит в том, что про-филактика — это не простое снижение количества спиртного на душу населения, а изменение ситуации, при которой люди продолжительное время живут в

состоянии опьянения, а еще больше времени думают, мечтают о состоянии опьянения, стремятся в это состояние. Пьянствующие и больные алкоголизмом не живут в настоящем, реальном трезвом состоянии, а в “своеобразном” трезвом состоянии, в котором присутствует подтекст состояния опьянения.

Второй аспект — это влияние на состояние здоровья, долголетия, производительность и качество труда.

“Синдром Еникеевой”

Как всегда очень информативная “Московская областная психиатрическая газета” (главный редактор В. Я. Евтушенко) в очередном выпуске — № 2(68) 2012 — посвятила целую страницу “психологическому портрету Ксении Собчак”. Впрочем, это не портрет, а карикатура, и не психологическая, а психиатрическая, что сразу оборачивается нарушением элементарных профессиональных и этических принципов.

Автор — проф. Диля Еникеева — еще и автор 126 книг по сексологии, психологии и т.п., буквально захлебывается от избытка чувств. Она публично оценивает и клеймит девиацию характера известной личности, морализирует, унижая и всячески обесценивая: “Ксения Собчак лишена таланта, не способна вникать в суть, овладевать фундаментальными знаниями, она отличается поверхностностью суждений”, “легковесна”, “непривлекательна, закомплексована, завистлива”, “ненавидит красивых и успешных женщин”. “В январе 2010 г. я писала, что у нее истерическое расстройство личности”. “Слова “пошлый” и “Ксения Собчак” стали почти синонимами”, “а пошлый это низкий в нравственном отношении, безвкусно-грубый”... Она — “вредоносна для общества”.

Заканчивая известной максимой, что оценивая кого-то, мы обнаруживаем себя, Еникеева к себе это не примеряет.

Между тем, в “Новой газете” (№ 132, 21.11.2012) появилась большая статья Ксении Собчак, где она, как член Координационного Совета оппозиционного движения, очень спокойно и умно противостоит позиции, которая нам намного ближе: власть надо ради-

кально менять, а не ремонтировать. При этом нельзя не отдать должное интеллектуальному уровню этого текста, как и памятного успешному поединку с Гордоном на ТВ.

Так аффективность Еникеевой перечеркивает профессионализм: проигнорировано значение разных эпох жизни, которые все мы проходим: игры, карнавальности, негативизма, пародийности, самоиронии циничного ума, роли духа времени... Где лицо, а где маска? Какого “возраста” снимок анализируется? И как можно морализировать относительно личностных расстройств? Это не только аморально, но и неграмотно.

Можно повторить вслед за Д. Еникеевой, что все написанное ею в адрес Ксении Собчак, — включая утверждение, что та, не замечая этого, пишет про себя, — целиком относится к самой Еникеевой. При этом четкая артикуляция механизма этого феномена ничуть не помогает Еникеевой приложить его к себе. Т.е., мы видим здесь значительно больший градус вытеснения или феномена “в чужом глазу”... Поэтому честь обозначить эпоним своим именем в указанном смысле принадлежит не Ксении Собчак, как предложила Диля Еникеева, а ей самой — “синдром Еникеевой”.

Можно поблагодарить редактора газеты за то, что он не отверг и не отредактировал этот текст, что мы обычно делаем в таких случаях, осуждая живые феномены вокруг себя и невольно вводя в заблуждение читателей.

Ю. С. Савенко

Конгресс немецкой ассоциации психиатров и психотерапевтов (DGPPN), Берлин, 21 – 24 ноября 2012 г.

С 21 по 24 ноября 2012 г. в Берлине прошел ежегодный Конгресс немецкой ассоциации психиатров и психотерапевтов (DGPPN) с международным участием. Большинство сообщений на заседаниях научных секций проходило на немецком языке, однако, ключевые доклады и пленарные лекции приглашенных ведущих специалистов звучали на английском. Тема конгресса была определена как “Будущее психосоциальной медицины”, много внимания уделялось психосоматическим аспектам психиатрии.

В своем выступлении, открывающем конгресс, президент DGPPN профессор Peter Falkai (Германия) отметил, что в наши дни исследователи и практические врачи, работающие в области психиатрии и психотерапии, все чаще имеют дело с хитросплетением психической и соматической патологии. Как в рутинной лечебной работе, так и в политике, проводимой в области здравоохранения, большое значение придается соматическим нарушениям, сопровождающим психические расстройства, и психическим последствиям соматических болезней. Вот почему обмен в области научных знаний и клинических навыков между психиатрами и врачами других специальностей (кардиологов, онкологов, эндокринологов, иммунологов и др.) становится все более важным и необходимым.

Профессор медицинского центра Колумбийского университета Karina W. Davidson (США) в своей лекции отметила, что отдельные клинически значимые симптомы депрессии, выявляются у 40 % лиц, страдающих острым коронарным синдромом (нестабильной стенокардией), в то время как у 10 % больных стенокардией симптоматика соответствует критериям депрессивного эпизода. Наличие сопутствующей аффективной патологии при остром коронарном синдроме вдвое увеличивает риск смертельных исходов, значительно понижает качество жизни. В 2008 году в США был введен обязательный сплошной скрининг пациентов, перенесших приступ стенокардии, на наличие депрессивных симптомов. Однако выявление аффективной патологии далеко не всегда приводит к улучшению исхода сердечно-сосудистого заболевания, так как последующее применение антидепрессивной терапии (даже антидепрессантов второго поколения) у этой категории больных нередко приносит больше вреда, чем пользы. В этих условиях альтерна-

тивной психофармакологическому лечению становятся психотерапевтические интервенции.

Профессор Brenda Penninx (Нидерланды) говорила о депрессии как о ключевом факторе риска возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, ожирения и инсульта. Дисрегуляция в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе, вегетативной нервной системе и иммунной системе, наблюдаемая при депрессии, нездоровый образ жизни депрессивных пациентов, а также побочные эффекты антидепрессантов вызывают нарушения метаболизма и атеросклеротические изменения, усиливающие риск развития сердечно-сосудистой патологии. Также Brenda Penninx отметила, что депрессия, увеличивая биологический возраст клеток, тем самым провоцирует развитие широкого круга заболеваний, связанных со старением организма.

В ходе своей пленарной лекции профессор Fabrizio Benedetti (Италия) из университета Турина представил результаты исследований по изучению эффекта плацебо. В его докладе было показано, что плацебо эффекты, возникающие при различных нозологиях, имеют в своей основе различные механизмы, так как осуществляются через разные химические системы головного мозга. Также имеют значения индивидуальные генетические предпосылки. Наиболее успешными моделями для изучения плацебо эффектов оказались болевой синдром и болезнь Паркинсона. При этих патологиях удалось идентифицировать нейрональные сети, задействованные в осуществлении плацебо эффекта. При болевом синдроме вовлечены опиоидная, каннабиноидная, холецистокининовая и дофаминовая регуляторные системы, при болезни Паркинсона плацебо эффект обусловлен изменением нейрональной активности в базальных ганглиях и таламусе. Полученные данные позволили сделать несколько важных для клиники выводов. Во-первых, так как плацебо эффект по сути зависит от психосоциальной обстановки, полученные данные показывают, что социальные стимулы в виде слов, терапевтических ритуалов способны изменять химические процессы в головном мозге пациентов. Во-вторых, механизмы, активируемые таблеткой-плацебо, идентичны механизмам активируемым лекарством. В-третьих, при нарушенном функционировании пре-

фронтальной коры головного мозга, плацебо эффект не выражен или отсутствует вовсе, как это наблюдается при деменции альцгеймеровского типа.

Большое внимание привлек симпозиум под названием “Противоречия психиатрии: нейротоксические и нейропротективные эффекты нейролептиков”. Заседание открылось докладом журналиста профессора Robert Whitaker (США), который привел данные проспективных лонгитудинальных 15-ти и 20-ти летних исследований (Martin Harrow, et al., 2007, 2012), показавших, что далеко не всем пациентам, страдающим шизофренией показан пожизненный прием нейролептической терапии. Было установлено, что пациенты прекратившие прием антипсихотиков, по сравнению с продолжившими, в долгосрочной перспективе демонстрировали более высокий уровень нейрокогнитивных навыков, были менее уязвимы в отношении возникновения тревожных расстройств, а также повторных психозов, демонстрируя более длительные периоды ремиссии. Преморбидно эта группа пациентов отличалась более высоким уровнем социальных достижений, что, по мнению авторов, было ассоциировано с последующими более высокими способностями к адаптации в неблагоприятных условиях. В заключении докладчик сделал акцент на том, что, по результатам тех же исследований, больные шизофренией, прекратившие прием нейролептической терапии, демонстрировали более благоприятный катамнез, чем пациенты с менее тяжелыми психозами, впоследствии получающие многолетнюю поддерживающую терапию антипсихотиками.

Профессор Andreas Heinz (Германия), сравнивая нейробиологические эффекты периодической и постоянной нейролептической терапии, подчеркнул, что постоянная блокада дофаминовых рецепторов D2, приводит к компенсаторному увеличению их плотности и аффинитета. Предположительно следствием этих нейробиологических изменений является то, что повышается риск развития реманифестации психоза, а для блокады возросшего количества дофаминовых рецепторов D2 требуются уже большие дозы антипсихотиков.

Подытоживая современное состояние знаний, профессор Jürgen Gallinat (Германия) отметил, что нейролептики, имея выраженный антипсихотический эффект, в гораздо меньшей мере способны повлиять на негативную симптоматику и уровень когнитивных функций. По данным систематизированных исследований, благоприятное течение заболевания в условиях отсутствия поддерживающей нейролептической терапии отмечается у 15 – 40 % пациентов, в то время как 25 % больных, получающих терапию, вообще остаются резистентными или малочувствительными к ней. В целом снижение доз нейролептиков в период поддерживающего лечения может уменьшить выраженность побочных эффектов, но увеличивает риск обострения, как и резкая отмена. Что же касается пациентов с первым

психотическим эпизодом, то у них кратковременное применение малых доз антипсихотиков ассоциировано с более благоприятным прогнозом.

В заключении в ходе свободной дискуссии участники симпозиума заявили о необходимости разработки методических рекомендаций по безопасной отмене нейролептической терапии. Прозвучали мысли о том, что при отсутствии острой необходимости лучше воздержаться от назначения нейролептиков, заменив их в остром периоде заболевания коротким курсом транквилизаторов, а в дальнейшем обеспечив пациентам и их родственникам адекватную психосоциальную и психотерапевтическую поддержку.

На симпозиуме, посвященном положительному влиянию никотина на когнитивные функции, были представлены результаты исследований из США и Германии. По мнению некоторых авторов, высокие дозы потребления никотина посредством курения пациентами, страдающими шизофренией, можно рассматривать как форму самолечения когнитивного дефицита. Исследование Nadine Petrovsky (Германия) показало, что стимуляция никотиновых ацетилхолиновых рецепторов привела к улучшению нейрокогнитивных функций (оцениваемых посредством компьютерного обследования), как у пациентов страдающих шизофренией, так и в контрольной группе. Немаловажным было то, что положительный эффект наблюдался и у курильщиков, и у некурящих испытуемых. Профессор Paul Newhouse (США) наблюдал улучшение внимания, эпизодической памяти и психомоторных функций при назначении трансдермального никотина в ходе 6-месячного двойного слепого плацебоконтролируемого исследования пациентов с умеренными когнитивными нарушениями (mild cognitive impairment), которые являются предвестниками болезни Альцгеймера.

Пленарная лекция профессора Myrna Weissman (США) была посвящена современному этапу развития интерперсональной психотерапии (ИП), разработанной ею в 70-х годах совместно с Gerald Klerman. Психотерапия этого направления является краткосрочной, высокоструктурированной, сфокусированной, основанной на рабочем принципе “здесь и сейчас” и направленной на коррекцию аффективной сферы пациента через разрешение проблем его текущих межличностных взаимоотношений. Докладчик посетовала, что, несмотря на растущую доказательную базу эффективности ИП и некоторых других направлений психотерапии (в основном когнитивно-поведенческой терапии), объемы оказания этой помощи в США снижаются из-за ее дороговизны, а объем психотерапевтического обучения в структуре медицинского образования сведен к минимуму. Докладчик объяснила эти тенденции агрессивными экономическими стратегиями фармацевтических компаний, конкурирующих с психотерапевтами за рынок психиатрических медицинских услуг. Тем не менее, сохра-

няется надежда на то, что по мере расширения доказательной базы эффективности психотерапевтических интервенций, им удастся отвоевать свои позиции у психофармакотерапии. При этом было отмечено, что в развивающихся странах интерес к психотерапии постоянно растет.

Продолжая, начатую 2 года назад работу по изучению и обнародованию темных страниц истории немецкой психиатрической ассоциации, связанных с ее деятельностью в годы фашизма, в рамках конгресса состоялся симпозиум “Психиатрия в Европе в эру нацизма”. В ходе докладов о политике, проводимой в отношении душевнобольных, умственно отсталых, наследственно больных и инвалидов на оккупированных территориях Австрии, Франции, Польши и России звучали страшные данные архивных документов. Присутствующие почтили минутой молчания память всех пациентов, чья жизнь оборвалась в ходе осуществления программы умерщвления “Т-4”. На другом симпозиуме были названы имена врачей, демонстри-

ровавших пример гражданского мужества, сопротивляясь навязываемым доктринам национал-социализма. Было объявлено, что результаты исследований последних лет дополняют уже известные архивные документы, письма и фотографии и лягут в основу экспозиции “In Memoriam”, которая откроется в Берлине в 2013 г.

Целый ряд симпозиумов берлинского конгресса был посвящен достижениям генетических и нейровизуализационных методов исследования, результатам применения метода глубокой мозговой стимуляции в психиатрии (в частности для лечения резистентных депрессий), а также предстоящим пересмотрам DSM-IV и МКБ-10.

Очередной Конгресс немецкой ассоциации психиатров и психотерапевтов “Психиатрия: от терапии к профилактике” пройдет в Берлине с 27 по 30 ноября 2013 г.

Павел Позинский

Метадоновые программы в России. Быть или не быть?

По следам 15-ой конференции “Наведение мостов между психиатрией Востока и Запада”

Москва, 10 – 13 июня 2012

В июне в Москве состоялась международная конференция, организованная интернациональным научным комитетом, в который от Российской Федерации вошли профессор В. Менделевич, М. Решетников и др. На конференции среди многих актуальных проблем, стоящих перед современной психиатрией, в том числе, поднимался вопрос о метадоновой программе снижения вреда. Программе неоднозначной, однако, однозначно одобрявшейся на данном форуме.

Один из апологетов этой программы на территории России, профессор В. Менделевич, сделал доклад, посвященный этой теме. Докладчик, в частности, сравнивал отечественные и зарубежные данные о распространенности инъекционных форм наркоманий и сопряженных с ними расстройств (ВИЧ-инфекции и др.), причём результаты, озвученные им, оказывались явно не в пользу России. Будучи одним из сторонников метадоновых программ, докладчик очевидно размывал такие клинические понятия, как “патологическое влечение”, “лечение наркоманий”, “наркотик”, зачем-то апеллируя при этом к советской карательной

психиатрии и сравнивая с нею настоящие отечественные реалии в области наркологии.

Уже много раз, и на страницах этого журнала, в том числе, обсуждался вопрос о том, можно ли считать лечением замену одного наркотика другим без должным образом разработанной стратегии купирования самого влечения к наркотику с последующим отказом от его употребления вообще.

Но вызывает огорчение не сам факт подобного рода позиции, ведь наличие различных, порой полярных, воззрений на проблему наркоманий и их лечения и дискуссия по этим вопросам — факт, безусловно, отрадный. Печалит нежелание услышать альтернативные от позиции выступающих на данном форуме точки зрения и немедленное причисление инакомыслящих к категории советских психиатров-ретроградов, тормозящих прогресс психиатрии. Продуктивного обсуждения в такой атмосфере, увы, не получается...

Александр Меркин

Форум психиатров в Казани

13 – 15 сентября 2012 г. в г. Казани прошел один из наиболее масштабных в российской психиатрии форумов этого года. В его повестке были объединены Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием “Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России”, научно-практическая конференция “Современные проблемы социальной и клинической сексологии” и Пленум Правления Российского общества психиатров.

О научной и практической значимости форума говорит уже то обстоятельство, что он проходил под эгидой таких государственных и общественных организаций как Министерство здравоохранения РФ, Министерство здравоохранения РТ, Российское общество психиатров, Казанский государственный медицинский университет, СПб НИИПНИ им. В. М. Бехтерева, ГНЦСС психиатрии им. В. П. Сербского, Московский НИИ психиатрии и Казанская государственная медицинская академия последипломного образования.

Работа форума имела традиционную структуру. Она включала пленарное заседание, тематика докладов которого обозначала основные вопросы, подлежащие обсуждению, и заседания секционных, доклады которых перекликались с сообщениями пленарного заседания.

Большое внимание в программе форума было уделено как общим, так и частным аспектам состояния и перспектив организации психиатрической помощи (доклады Н. Г. Незнанова, В. Н. Краснова, К. К. Яхина на пленарном заседании и ряд сообщений на заседаниях секций по данной теме).

Доклад Е. А. Кошкиной на пленарном заседании по проблемам наркологии предварял их обсуждение на секционном заседании “Актуальные вопросы наркологии”. Аналогичным образом тематика доклада А. А. Ткаченко, посвященного проблемам сексологии и сделанного на пленарном заседании, нашла продолжение в сообщениях на двух заседаниях конференции “Современные проблемы социальной и клинической сексологии”.

Особый интерес у автора настоящего сообщения вызвали доклады секции “Психиатрия чрезвычайных ситуаций”, названия которых отражают социальную значимость психиатрии, готовность психиатров активно и оперативно оказывать помощь населению при разного рода катастрофических событиях, которыми, к сожалению, полна жизнь россиян. Среди них: “Организация психолого-психиатрической помощи при различных чрезвычайных ситуациях” (З. И. Кекелидзе), “Клинические особенности острых психических нарушений вследствие ЧС у детей раннего возраста” (А. А. Портнова), “Опыт оказания медико-психологической помощи потерпевшим в ре-

зультате трагедии на теплоходе “Булгария” (Ф. Г. Зиганшин, Ю. А. Калмыков с соавт.), “Опыт работы психиатрической службы Краснодарского края при ЧС в результате наводнения в Крымске” (Е. О. Бойко с соавт.), “Оказание психопрофилактической и психиатрической помощи работающим в экстремальных условиях” (В. Л. Филиппов), “Феноменология самопомощи спасателей в условиях ЧС (А. М. Карпов), “Клинико-эпидемиологическая характеристика распространенности психических расстройств на различных этапах чрезвычайной ситуации в Чеченской республике (К. А. Идрисов).

Следует отметить также, что в рамках освещаемого мероприятия были проведены Школы практического врача-психиатра, актуальность содержания которых подчеркивается такими их рубриками: “Первый психотический эпизод: открытые вопросы диагностики и лечения”, “Эволюция подходов к лечению шизофрении ...”, “Современный пациент — вопросы длительной терапии психотропными препаратами”, “Депрессивные и тревожные расстройства: проблемы коморбидности и терапии”, “Вопросы терапии психических заболеваний: от классики к инновациям!”.

Повестка Пленума Правления Российского общества психиатров во многом определялась задачами по повышению эффективности деятельности общества и его структуризации, сформулированными на XV съезде психиатров России, а также нацеленностью на подготовку к очередному съезду, который должен состояться в 2015 г.

В своем докладе председатель Правления РОП Н. Г. Незнанов сделал отчет о работе за прошедший после очередного Пленума период времени и остановился на принципиальных вопросах и задачах Общества, связанных с общественными процессами, происходящими в стране, и изменениями в законодательстве. В частности, речь шла о возможности передачи некоторых функций в области охраны здоровья населения от государственных органов медицинским профессиональным сообществам. Основными условиями реализации данных намерений является непременно членство в этих сообществах не менее 50 % всех работающих в данных областях медицины специалистов страны, и эти организации должны охватывать не менее 50 % территориальных объединений. Однако эти условия, на наш взгляд, являются трудно выполнимыми. В них можно усмотреть бюрократические уловки, препятствующие профессиональным врачевным общественным объединениям принимать активное участие в вопросах управления своими отраслями медицины в деле охраны здоровья населения.

Заместитель председателя Правления РОП О. В. Лиманкин в своем докладе дал детальный анализ положения дел в региональных объединениях психиатров,

их связи с Правлением. Он отметил некоторые позитивные подвижки в их работе.

Заметное место в докладах и прениях занял вопрос о статусе региональных объединений. С одной стороны, речь шла о важности их регистрации в качестве юридических лиц, с другой — о значительной сложности этой процедуры из-за бюрократических препон. Среди последних — необходимость предоставления отчетов в разные органы (налоговые, пенсионные, социального обеспечения), что требует найма специальных лиц и оказывается трудно осуществимым.

В повестке Пленума прозвучали отчеты представителей Правления в федеральных округах, а также отчеты руководителей ряда комиссий и секций Правления РОП. Одним из таких отчетов, привлечших большой интерес аудитории, был отчет П. В. Морозо-

ва о деятельности комиссии по работе с молодыми учеными.

В ходе Пленума заместитель председателя Правления РОП К. К. Яхин представил великолепно выполненное под эгидой РОП информационное издание “Психиатрия России”: первый том — Институты и кафедры психиатрии России.

Хочется отметить хорошую организацию форума, в чем, несомненно, проявилось желание организаторов провести его на высоком уровне и готовность приложить много усилий для его успешной работы.

Позитивную эмоциональную окраску форуму придал ряд предлагавшихся его участникам интересных экскурсий, как по Казани, так и в ее окрестностях.

Б. Н. Пивень

В Национальной медицинской палате

23 ноября 2012 г. состоялось заседание Совета Национальной Медицинской Палаты (НМП). С отчетом о деятельности выступил ее президент Л. М. Рошаль. Среди обсуждавшихся проблем — планы взаимодействия НМП с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, правоприменение законодательных и нормативных актов в области здравоохранения (вице-президент НМП С. Б. Дорофеев), независимая медицинская экспертиза (Т. Г. Маховская), практика третейских судов на примере Смоленской области и прием новых членов. За этим последовала активная дискуссия.

Среди розданных превосходно оформленных материалов были следующие.

1) Проспект-отчет самой Национальной Медицинской Палаты, ее значительных успехов в различных сферах медицинской деятельности. Их перечисление М. Л. Рошалем впечатляет и воодушевляет. Удалось приостановить кулуарное принятие законов и внести поправки, которые умерили министерские претензии администрирования и бухгалтерского подхода, например, подвести понятие “медицинские услуги” под закон “О защите прав потребителя” или понимание термина “врачебной ошибки”. Удалось ввести в законопроект институт независимой экспертизы, участие профессиональных объединений в разработке стандартов, протоколов лечения и тарифов в системе обязательного медицинского страхования и мн. др. Однако ни слова не было сказано даже о самом существовании Пироговского движения и о реальной судьбе перечисленных успехов, многие из которых успешно нейтрализованы бюрократическим аппара-

том всех уровней, в том числе в формулировках закона. Наивно надеяться, что министерство, Дума и т. д. смогли вдруг превратиться в овечек, а не напаять овечьи шкуры. Половинчатая позиция, доверчивость, допущение презумпции порядочности у политиков — это заведомый проигрыш. Доверять можно только реальным делам.

2) Резолюция Всероссийского общественного форума медицинских работников 18 – 19 мая 2012 г. содержит ответы на некорректно заданные вопросы среди участников форума, а не простых врачей. Так, например, на вопрос: “Считаете ли Вы, что в России по примеру многих цивилизованных стран должна быть создана единая общероссийская профессиональная медицинская ассоциация?” 90,4 % присутствующих ответили “да”. Такого рода попытка уже предпринималась с целью продлить пресловутую вертикаль и подменить многообразие организаций прогосударственной монополией соглашателей.

3) Резолюция Международного конгресса по здравоохранительному праву стран СНГ и Восточной Европы 7 – 9 ноября 2012 г.

Но все благие планы и слова этих резолюций остаются посулами перед глазами навьюченного осла.

4) Проект Кодекса профессиональной этики врача РФ, опирающийся на основные международные и отечественные образцы, среди 10 разработчиков которого ни одного психиатра. Среди 53 статей Кодекса есть совершенно неуместные, например, запрещаются мошенничество и коррупция (ст.ст. 14, 15) и др., типа “не плюйте на пол!” — следы коллективного творчества и отсутствие стиля и такта в таком документе...

В Совете Федерации России

“О реализации положения Конвенции ООН о правах инвалидов в части социальной интеграции людей с особенностями психического развития”

Так называлось заседание 29.11.2012 в Совете Федерации под председательством В. И. Матвиенко, как председателя Совета Федерации Федерального собрания РФ и председателя Совета по делам инвалидов.

Если на предыдущем заседании был заслушан доклад руководителя юридической службы НПА России Ю. Н. Аргуновой, то на этот раз, вопреки первоначальному ее приглашению с докладом, приглашение было прислано только д-ру Ю. С. Савенко, а наши настояния встретили отказ под предлогом отсутствия мест в зале... — Довод смехотворный: из более сотни приглашенных не нашлось место для одного из ведущих специалистов по обсуждаемой теме. Дело явно в боязни острого дискуссионного, не прощающего юридических ошибок.

Но в зале было много главных врачей психиатрических больниц из многих регионов, в том числе и членов НПА России. А самым резонансным, открывающим важную перспективу и особо отмеченным В. И. Матвиенко, стало выступление А. Б. Богданова об опыте патронажа в Архангельской области. Вряд ли кто-то знал, что это вице-президент НПА России. Деловой характер носили также выступления В. А. Петросяна (департамент социальной защиты населения Москвы), М. С. Кулик (Фонд “Качество жизни”), Б. Д. Цыганкова (главный психиатр Москвы) и М. С. Шейфера (главный врач Самарской областной ПБ).

Что касается самого объемного доклада главного психиатра Минздрава проф. З. И. Кекелидзе, то он был посвящен крайне неблагоприятной теме — “Реформа психиатрической службы в Российской Федерации и перспективы”, т.е. выпадал из обсуждения реализации Конвенции ООН о правах инвалидов. По давно сложившейся отрицательной традиции, доклад был об успехах, вне контекста реального положения на местах.

Мне, несмотря на активные попытки, не дали выступить. Но в реплике с места я отметил отсутствие в

зале представителей общественных организаций и вручил лично В. И. Матвиенко наши предложения, которые приводятся ниже. Это общие предложения ведущих по обсуждаемой теме общественных организаций, которые, тем не менее, не были приглашены: организации инвалидов “Перспектива” (Денис Роза), “Даун-синдром” (С. А. Колосков), “Центр лечебной педагогики” (Р. П. Дименштейн) и другие.

Следует отметить, что наиболее критическую позицию в отношении положения дел в развернутых комментариях по каждому выступлению заняла сама В. И. Матвиенко. Такая осведомленность накладывает на нее тем большую ответственность. Правда, она возражала, что среди выступавших и приглашенных не было общественных организаций. Но что это за общественные организации, выступления от которых состоят из славословий власти? По крайней мере, мы получили заверения лично В. И. Матвиенко, что наши предложения будут рассмотрены и учтены. Но можно ли забыть, что только вмешательство Европейского суда сдвинуло проблему недееспособности с мертвой точки?

Нельзя не отметить, что заседанию предшествовало впечатляющее представление пьески Алексея Ремизова “Масленица” в исполнении большой группы самодеятельных актеров с болезнью Дауна (“Театр Простодушных”, постановка Игоря Неупокоева) и выставки картин душевнобольных, организованных президентом “Клуба психиатров” зам. гл.врача ГКПБ № 1 им. Н. А. Алексеева Аркадием Липовичем Шмиловичем, в рамках проходящего 25.11 – 7.12.2012 грандиозного Второго московского фестиваля творчества людей с особенностями психического развития “Нить Ариадны”.

Ю. С. Савенко

Конвенция о правах инвалидов в отношении взрослых, имеющих нарушения психического здоровья

Д. Г. Бартнев, Л. Н. Виноградова, Р. П. Дименштейн, Ю. С. Савенко

Прошло полгода, как в России вступила в силу Конвенция о правах инвалидов. Конвенция содержит ряд положений, которые требуют коренного изменения или отмены существующих законов, постановле-

ний и шаблонной практики, которые являются дискриминационными по отношению к инвалидам. Утвержденная Правительством РФ программа “Доступная среда на 2011 – 2015 годы” никоим образом не

учитывает специальные потребности и унижающее положение людей с психическими расстройствами и не может рассматриваться как достаточная мера для реализации Конвенции о правах инвалидов. Российский институт недееспособности противоречит Конвенции, поскольку допускает полное лишение инвалидов самостоятельности. С точки зрения Конвенции любое ограничение (но не лишение) дееспособности должно быть крайней мерой, допустимой лишь в определенных сферах.

В этой связи нуждается в серьезной доработке законопроект, внесенный на рассмотрение в Государственную Думу относительно поправок в проект Гражданского кодекса РФ. Предложенный в нем подход (введение ограниченной дееспособности) является упрощенным и не соответствует требованиям Конвенции о правах инвалидов. Необходима комплексная реформа и введение новых институтов для предоставления инвалидам поддержки в реализации дееспособности.

Предлагаем в рассматриваемых поправках в УК РФ изменить формулировку “может понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц” на **“не может в полной мере понимать значение своих действий и руководить ими”**, поскольку первая формулировка относится к людям с интеллектуальной недостаточностью и не распространяется на психически больных с бредовыми расстройствами. Пункт 2 ст. 30 предлагаем в следующей редакции:

“Гражданин, который вследствие психического расстройства **не может в полной мере понимать значение своих действий или руководить ими** (или) периодически утрачивает способность понимать значение своих действий или руководить ими, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство”. Без указанного дополнения институт ограниченной дееспособности не применим к целой категории граждан, у которых вследствие психического расстройства способность контролировать свое поведение утрачивается периодически. Такое состояние является типичным для многих категорий лиц, страдающих психическими заболеваниями. Необходимо пересмотреть политику сегрегации инвали-

дов в специализированных учреждениях социальной защиты — психоневрологических интернатах. *Конвенция требует того, чтобы “инвалиды имели возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и не были обязаны проживать в каких-то определенных жилищных условиях” (ст. 19)*. Существование таких учреждений является прямым нарушением Конвенции, что требует от государства принятия политического решения: **постепенно расформировывая интернаты, обеспечить необходимую поддержку инвалидам для проживания дома или в небольших социальных домах семейного типа**. Современное общество не может изолировать людей только потому, что это является удобным или дешевым способом социальной поддержки. Существует положительный пример предоставления поддержки одиноким недееспособным инвалидам по месту жительства в Архангельске. Многие негосударственные организации готовы взять на себя поддержку инвалидов, в том числе самых тяжелых, что требует от государства признания ценности и поддержки такой деятельности за счет изменения системы финансирования социальных услуг.

Поддержка негосударственных организаций является также необходимым условием и для достижения реабилитации, в том числе возможности реализации людьми с психическими расстройствами права на труд. В настоящее время система лечебно-трудовых мастерских для людей с тяжелой инвалидностью практически разрушена. **Необходимо создание условий для профессиональной реабилитации людей с психическими расстройствами в обычных условиях трудоустройства.**

Без помощи общественных организаций и гражданского общества Конвенция не может быть реализована.

Современное унижающее положение инвалидов с психическими расстройствами не только негуманно и бросает тень на наше государственное устройство и его приоритеты, оно вызывает возмущение многочисленных родственников и знакомых этих людей. Не стоит забывать, что динамитом культурной революции 1968 г., в результате которой де Голль вынужден был уйти в отставку, были молодежь и люди с психическими расстройствами.

Лекция проф. Хуана Меззича

Крупным событием последнего времени стала лекция экс-президента Всемирной психиатрической ассоциации проф. Хуана Меззича в Московской НИИ психиатрии.

Хотя система взглядов проф. Х. Меззича — лично-ориентированная диагностика — многим хорошо известна по его выступлениям и статьям, в частности и в нашем журнале, встреча с ним, его непосредственная, очень живая, на редкость благожелательная манера общения и подачи материала, и конечно, само содержание его лекции, — нечто намного большее. Однако, лекция вызвала у отечественных психиатров реакцию, даже прозвучавшую вслух в малоделикатной форме у проф. С. Н. Мосолова и др., — “Мы это давно знаем”. Словно невдомек, что самые выдающиеся вещи находятся не за тридевять земель, а у всех под носом. Надо уметь их увидеть заново, свежо, по-новому, проблематизировать, заглянуть в возможность бесконечного углубления, а не проскакать по лакированному шаблону, даже не замечая вопиющих несоответствий и несостыковок с рядопологаемыми представлениями.

Проф. Меззич ясно очертил возникновение и развитие этих идей, их превращение из концепции в целое международное движение не только в психи-

атрии, но и в медицине в целом. Наибольшее распространение это движение получило в Латинской Америке.

Аудитория, услышав, что он профессор одного из ньюйоркских университетов, принялась пенять ему тем, что принято называть у нас “американизмом” в дурном смысле слова, и что совершенно противоречило содержанию лекции. Проф. Меззич вынужден был даже заметить, что он перуанец.

Характерно тесное сотрудничество проф. Меззича с многими близкими нам коллегами: Альфредом Краусом, Осборном Виггинсом, Майклом Шварцем и др. в разработке проблемы классификации психических расстройств.

Личностно-ориентированная диагностика, инициированная проф. Меззичем в 2005 году, восполнила узость “доказательной медицины” и восстановила полноценную коммуникацию личности больного и его родственников с личностью врача, вместо формального исполнения ими социальных ролей. С 2008 г. проводятся ежегодные международные женеvские конференции, которые с 2010 г. спонсируют ВОЗ и Ассоциацией родственников больных.

Ю. С. Савенко

Совещание президентов психиатрических обществ 10-й зоны ВПА

Очередное совещание председателей психиатрических обществ 10-й зоны Всемирной психиатрической ассоциации прошло в ходе IV Национального конгресса невропатологов, психиатров и наркологов Украины — “Доказательная медицина в невропатологии, психиатрии и наркологии. Настоящее и будущее”, на котором были прочитаны очень интересные лекции по депрессии Н. А. Маруты, О. С. Чабана и А. В. Матюхи. Зал был переполнен. Конгресс собрал 846 делегатов и около 200 гостей.

Заданное Арменом Согояном активное взаимодействие членов зоны и перевод на русский язык журнала “Всемирная психиатрия” было продолжено. Надо отдать должное многогранным организаторским способностям и активности нового представителя нашей зоны в ВПА Петра Викторовича Морозова. Он сумел собрать и очаровать своим тактом и осведомленностью представителей Азербайджана, Армении и Грузии, Казахстана и Кыргызстана, Беларуси и Молдовы, Украины и обоих российских обществ, ко-

торые поделились своим видением наиболее актуальных проблем их организаций. Представитель Российского общества психиатров О. В. Лиманкин изложил положение дел в российской психиатрии в традиционно парадном виде. Представитель НПА России, наоборот, заявил, что если хотеть двигаться вперед, продуктивнее говорить о болевых проблемах, об общих трудностях и путях их преодоления, что вызвало демонстративное неудовольствие ведущего. Его собственный отчет носил содержательный характер.

Всем нам был оказан чрезвычайно добросердечный прием. Мы были свидетелями всеобщего признания заслуженного успеха главного психиатра Украины Натальи Александровны Марута. Удивление вызвало отсутствие представителя второй украинской психиатрической организации с центром в Киеве, и никто не смог внести ясность в этот вопрос.

Ю. С. Савенко

Соблюдение прав людей с психическими расстройствами в местах лишения свободы

4 – 5 декабря в Москве состоялся дискуссионный семинар в рамках совместного проекта Уполномоченного по правам человека в РФ и директората по антидискриминации и правам человека Совета Европы “Эффективный общественный контроль мест принудительного содержания: российская модель”. Общая тема серии семинаров “Соблюдение прав уязвимых групп заключенных” на этот раз охватывала права инвалидов и людей с психическими расстройствами. В семинаре участвовали члены общественных наблюдательных комиссий, сотрудники аппаратов уполномоченных по правам человека, а также представители Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), международные эксперты Совета Европы и эксперты НПА России. Семинар был организован при организационной поддержке Общественной палаты РФ и финансовой поддержке Трастового фонда “Права человека” и российского банка ВТБ-24.

По данным главного психиатра ФСИН люди с психическими расстройствами составляют около 20 % лиц, находящихся в местах лишения свободы. По прогнозам экспертов их количество в ближайшие годы будет расти, что связано с реформой психиатрической помощи в стране и, в первую очередь, с сокращением количества психиатрических коек. Эти люди являются уязвимой группой тюремного населения, поскольку не в состоянии эффективно самостоятельно защищать свои права и нуждаются в помощи. Особенностью данной уязвимой группы является также то, что многие из ее представителей не считают себя больными, рассматривают защиту своих прав исключительно как борьбу за то, чтобы “снять диагноз”, “реабилитироваться”, “доказать, что они психически здоровы”, и не готовы принимать помощь. С другой стороны, в условиях лишения свободы встречаются случаи симуляции или аггравации психических расстройств с целью облегчения своего положения, получения каких-то дополнительных льгот, освобождения от отбывания наказания. Все это делает представителей данной группы особенно уязвимыми и препятствует их нормальной адаптации в местах лишения свободы, а также выражается в высоком риске агрессивных и суицидальных действий, риске виктимности.

Согласно ранее выработанным во ФСИН нормативам 1 ставка врача-психиатра должна приходиться на 500 человек спец-контингента, что означает, что на сегодняшний день в системе ФСИН должно работать 1640 врачей-психиатров. Однако найти врачей-психиатров, которые согласны работать за 9000 рублей в месяц (начальная ставка врача-психиатра во ФСИН), очень трудно, и комплектование кадров всегда было серьезной проблемой. За последние годы практиче-

ски во всех учреждениях уголовно-исполнительной системы было изменено организационно-штатное расписание и сокращены все незанятые ставки. В результате в 2011 г. в УИС осталось только 577 ставок врачей-психиатров и 190 ставок психиатров-наркологов, а в 2012 г. — уже 535 ставок врачей-психиатров и 170 ставок врачей психиатров-наркологов, при этом заняты только 469 и 153 ставки соответственно. Таким образом, в настоящее время во ФСИН работают всего 622 специалиста в области психиатрии и наркологии, что примерно в 3 раза меньше реальной потребности.

Участники семинара обсудили наиболее типичные проблемы, которые связаны с людьми с психическими расстройствами в местах лишения свободы: обеспечение медицинской помощью, предотвращение суицидального риска, освобождение от наказания в связи с болезнью и т.д. В результате обсуждения были выработаны следующие рекомендации:

1. Предусмотреть в штатном расписании медчасти каждого исправительного учреждения должность врача-психиатра и обеспечить ее занятость. При необходимости приглашать врачей-психиатров из государственной и муниципальной системы здравоохранения.

2. Организовать обучение сотрудников и персонала учреждений основам работы с лицами, имеющими нарушения психики, действиям в экстремальных ситуациях.

3. Проводить занятия по формированию у осужденных толерантного отношения к лицам, имеющим нарушения психики (занятия по психогигиене с основами конфликтологии и аутотренинга).

4. Обеспечить заключенных и сотрудников пенитенциарных учреждений литературой по психическому здоровью и правам людей с психическими расстройствами, находящихся в местах лишения свободы (короткие брошюры, наглядные буклеты).

5. Руководству местных учреждений ФСИН строго контролировать дисциплинарные меры, применяемые к заключенным с психическими расстройствами, в том числе проявившим агрессию. Не допускать применения нерегламентированных средств воздействия и наручников, ограничить применение физических средств воздействия, обеспечить консультацию врача-психиатра.

6. Обеспечить неукоснительное соблюдение закона о психиатрической помощи и приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства юстиции Российской Федерации от 17 октября 2005 г. № 640/190 относительно соблюдения врачебной тайны в отношении лиц с психическими расстройствами, а также возмож-

ности ознакомления их со своими медицинскими документами и получения выписок из истории болезни и других медицинских документов.

7. Привести нормативно-правовые акты, касающиеся оказания медицинской помощи в местах лишения свободы и освидетельствования заключенных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью (Постановление Правительства РФ от 2004 г. № 54 и Приказ МЗСР и МЮ РФ от 2005 г. № 640/190), в соответствии с законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, в частности, предусмотреть возможность консультаций и включения в комиссию по медицинскому освидетельствованию врачей государственной и муниципальной системы здравоохранения и/или независимого врача-психиатра.

8. Обеспечить четкую преемственность действий ФСИН и МВД при перемещениях заключенных с психическими расстройствами, находящихся на постоянной терапии, не допускать перерывов в приеме медикаментов.

Предполагается обсудить выработанные рекомендации с руководством ФСИН на встрече с Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации и лоббировать принятие мер по их исполнению. Это станет одним из важных шагов на пути улучшения положения людей с психическими расстройствами в местах лишения свободы, исполнения Европейской Конвенции по предотвращению пыток и жестокого унижающего человеческого достоинство обращения.

Л. Н. Виноградова

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

ETHICS IN PSYCHIATRY

Hanfried Helmchen; Norman Sartorius (Eds.)

2010, Hardcover, 573 pages
Springer: 978-90-481-8720-1

£126/€139.95

www.springer.com

Генрик Ибсен (1828 – 1906)

СИЛА ВОСПОМИНАНИЙ

Вы знаете ли, как вожатый
плясать медведя научил?
В котел он мишку засадил,
подбросил дров, — пляши, лохматый! —
а сам на скрипке трепака.
На раскаленном дне постой-ка?!
И семенит ногами бойко
Мишук под скрипку вожака.
С тех пор, заслышав те же звуки,
медведь взревет и, сам не свой,
начнет притопывать ногой, —
жива в нем боль от прежней муки. —
И я сидел в котле на дне,
и надо мною скрипка пела...
Но корчилось не только тело, —
душа — на медленном огне.
Глубокий след оставлен теми днями;
малейший отзвук их палит
огнем мне сердце и велит
мне стихотворными плясать стопами.

1864

Перевод А. В. и П. Г. Ганzenов

* * *

Что значит жить? В борьбе с судьбою,
с страстями темными сгорать.
Творить? То значит над собою
Нелицемерный суд держать.

Перевод Т. Г. Гнедич

РЕКОМЕНДАЦИИ

Перцев А. В. Молодой Ясперс: рождение экзистенциализма из пены психиатрии — СПб., 2012 (с приложением “Философской автобиографии” Ясперса)

Хайдеггер М. Цолликоновские семинары. Протоколы. — Беседы. — Письма. Издано Менардом Боссом — Вильнюс, 2012 (семинары для психиатров клиники М. Босса в Цолликоне (Швейцария) в 1959 – 1969 гг., письма к М. Боссу, 1947 – 1971 и беседы с М. Боссом, 1961 – 1972).

Шпильрейн Сабина. О психологическом содержании одного из случаев шизофрении (1911) (Пер. с нем. С. Г. Жигулевой) — Ижевск, 2012

Ткаченко А. А. Психопатологическое исследование. — М., 2013

* * *

Сорокин Питирим. Человек и общество в условиях бедствий. Влияние войны, революции, голода, эпидемий на интеллект и поведение человека, социальную организацию и культурную жизнь. — СПб., 2012

Гилинский Я. И., Штунова Т. В. (ред.). Девиантность в обществе потребления. — СПб., 2012

* * *

Хинтикка Яаакко. О Витгенштейне (с приложением отрывков из “Лекций” и “Заметок” Л. Витгенштейна) — М., 2013

Штайн О. А. Маска как форма идентичности. — СПб., 2012

* * *

Бенедикт XVI. Отцы церкви от Климента Римского до Святого Августина. — М., 2012

Романова Е. В. Массовые самосожжения старообрядцев в России в XVIII – XIX веках — СПб., 2012

Бытовое насилие в истории российской повседневности (XI – XXI вв.) — СПб., 2012

Алексеев В. М. В старом Китае. — М., 2012

Ходорковский М. и Геворкян Н. Тюрьма и воля. — М., 2012

Финнис Джон. Естественное право и естественные права. — М., 2012

* * *

Рабинович В. Алхимия. — СПб., 2012

Успенский В. А. Труды по нематематике. Т. 4. Филология. — М., 20120

Городецкий Л. Р. Квантовые смыслы Осипа Манделъштама. — М., 2012

* * *

Абеляр Петр (1079 – 1142). История моих бедствий. — М., 2011

Беньямин Вальтер. Берлинское детство на рубеже веков. — М. — Екатеринбург, 2012

Беньямин Вальтер. Улица с односторонним движением. — М., 2012

Фицковский Ежи. Регионы Великой Ереси и окрестности. Бруно Шульц и его мифология. — М. — Иерусалим, 2012

* * *

Мальро Андрэ. Голоса безмолвия. — СПб., 2012

Бергер Джон. Искусство видеть. — СПб., 2012

Власова Н. О. Творчество Арнольда Шёнберга. — М., 2012

Словесные конструкции. 35 великих архитекторов мира. — М., 2012

Сичилиано Энцо. Жизнь Пазолини. — СПб. — М., 2012

ABSTRACTS

Contemporary diagnosis and therapy of unipolar depressions: myths and reality

N. A. Maruta (Kharkov, Ukraine)

This article is a clinical lecture which contains answers to the most problematic questions rising in performing antidepressant therapy.

These questions regard an etiology of unipolar depressive disorder, diagnosis, therapeutic targets, antidepressant choice and efficacy, side effects of these antidepressants. In the article algorithms of therapeutic response assessment and strategies of a resistance overcoming also are presented, as well as a performing of stabilizing and preventive therapy, peculiarities of usage of psychotherapy for patients with unipolar depression, and many other aspects.

The article is based on results of randomized clinical trials characterized with high evidence levels.

Keywords: diagnosis, therapy, unipolar depression, efficacy, psychotherapy, resistance.

Transcultural features of the depressed disorder

*O. S. Chaban (Kiev, Ukraine),
N. Hauser (Zurich, Switzerland)*

Results of clinical researches of the patients suffering from depressive disorder, in Switzerland and in Ukraine are considered. Researches were conducted on the basis of the analysis of subjective experiences of pathological phenomena, the test of a family condition. Distinctions in a self-assessment of patients and comparison of the condition by them with concept of a depression are revealed. The Swiss patients were more focused on biological indicators of a depression, Ukrainian — on social.

Keywords: psycho-social risk factors, depression, welfare factors, family relations, “broken home”.

Subjective excessive emotional reactions: phenomenology, mechanisms, therapy

A. M. Burno

Special kind of emotional response — Subjective Excessive Emotional Reactions — is investigated. Main cognitive element of this feeling — “empty effort”, tendency to manage an own psychological process by will-power only — is discovered. Possibility and outcomes of cognitive reorganization are discussed.

Keywords: subjective excessive emotional reactions, “empty effort”, natural negative emotional reactions, force of will, cognitive therapy, rational-emotional behavioral therapy.

Representative of the patient

Yu. N. Argunova

The institute of representation of interests of the capable patient when rendering the psychiatric help is considered: types of representation, order of registration, power of the representative, obligation of administration of the institution. Provisions of the legislation on a free legal aid for patients of this category are analyzed. Inadmissibility of ignoring of right of the patient to invite representative at his own choice for protection of the rights and legitimate interests locates is justified.

Keywords: the representative of the patient, the right of the patient when rendering the psychiatric help.

To a question of legality of law-enforcement practice regarding an order of establishment of dispensary supervision concerning the persons having mental disorders

A. G. Ustinov

In the article the juridical-technical defect of Art. 20 of the Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ “On bases of health protection of citizens in the Russian Federation” regarding uncertainty in aspect of legal regulation of an order of establishment of dispensary supervision as type of medical intervention allowed by the legislator is indicated.

Keywords: the dispensary supervision, the informed voluntary consent, medical intervention; the persons with heavy mental disorders.

14-years experience in psychiatric care to somatic patients with psychotic and initial dementia disorders in a multidisciplinary hospital

V. N. Prokudin

In the article the results of 14 years’ work of Department of Psychotherapy in Moscow Clinical Hospital # 36 and consultation and treatment of 9567 somatic patients with co-morbid psychotic and initial dementia disorders are analyzed. Use of a team method of work (internist+psychologist+psychotherapist or the psychiatrist), various methods of psychological correction, psychotherapy and psychopharmacotherapy allowed to stop effectively being available co-morbid mental disorders and to improve quality of life of these patients. The special attention was paid on organizational questions: choice of organizational model of rendering the psychiatric help (“attachment-liaison”), continuous increase of knowledge of internist in clinical psychiatry.

Keywords: co-morbidity, organizational model “attachment-liaison”, training of internist in foundations of psychiatry, integration of psychiatry into somatic medicine.

Замеченные опечатки

В Независимом психиатрическом журнале 2012, III в статье Б. А. Воскресенского “Человек, психика, психическое расстройство” на стр. 12, левый столбец, по техническим причинам имеется лишний, не связанный по смыслу с остальным изложением абзац (от “Для удобства дальнейших рассуждений...” до “... ту же языковую модель человека”), предназначенный для полного книжного варианта публикации. Приносим свои извинения и выражаем надежду на то, что знакомство с полным текстом работы (по выходе ее в свет) позволит читателю понять этот фрагмент, как предназначенный для более точного и ясного изложения развиваемой точки зрения.