

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2013

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
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
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 10.06.2013. Подписано в печать 26.06.2013. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2013-02-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| АЛЕКСАНДР ОЛИМПИЕВИЧ БУХАНОВСКИЙ (1944 – 2013) | 5 |
| АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ | |
| О понимании доказательной медицины. Приглашение к дискуссии | 8 |
| К вопросу о коморбидности злокачественного нейролептического синдрома и нейролептической кардиомиопатии — В. П. Волков (Тверь) | 16 |
| Роль психотерапии в комплексном лечении женщин, страдающих алкоголизмом и аффективными расстройствами — И. В. Шлемина | 22 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ | |
| Шизоаффективный психоз — проф. А. Г. Гофман, Д. С. Новичков | 27 |
| К клиническому разбору в НПЖ 2012, 4 — Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина). | 40 |
| ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ | |
| Хенрикус Корнелиус Рюмке. Практический опыт психотерапии (1957) | 43 |
| ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО | |
| “Обратить к немедленному исполнению...” (О сроках исполнения решения суда об отказе в недобровольной госпитализации) — Ю. Н. Аргунова | 48 |
| ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА | |
| Право на предсмертное волеизъявление и посмертная экспертиза | 54 |
| ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ | |
| К вопросу об использовании психотехник или о пресловутом “контроле сознания” в религиозных новообразованиях — Е. Г. Романова (Санкт-Петербург) | 59 |
| ВОСПОМИНАНИЯ | |
| Восходящая звезда психиатрии. Анатолий Кузьмич Ануфриев в Институте им. Сербского (часть третья). Воспоминания Л. С. Поповой | 66 |
| ХРОНИКА | |
| Конференция по судебной психиатрии в Санкт-Петербурге | 69 |
| Федерализацию судебно-психиатрической службы не одобряет все профессиональное сообщество | 71 |
| Пенитенциарная медицина в Красноярске | 72 |
| В Совете Федерации | 73 |
| Совещания у главного психиатра Минздрава РФ | 75 |
| В Европейском суде по правам человека | 76 |
| Трагедия в Раменском. Будут ли извлечены уроки? | 77 |
| Психоневрологические интернаты Москвы. | 78 |
| 120-летие больницы им. В. И. Яковенко | 80 |
| Презентация книги “Введение в психиатрию” Ю. С. Савенко | 81 |
| ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО | |
| Дитрих Бонхёффер. Кто я? | 82 |
| РЕКОМЕНДАЦИИ | 83 |
| АННОТАЦИИ | 84 |

CONTENTS

| | |
|---|-----------|
| ALEXANDER OLIMPIYEVICH BUKHANOVSKY (1944 – 2013) | 5 |
| URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY | |
| About understanding of evidential medicine. The invitation to discussion | 8 |
| To a question of a komorbidity of malignant neuroleptic syndrome and neuroleptic cardiomyopathy — V. P. Volkov (Tver). | 16 |
| The role of psychotherapy in complex treatment of women with alcohol abuse and affective disorders — I. V. Shlemina | 22 |
| DISCUSSION OF A CLINICAL CASE | |
| Schizoaffective psychosis — prof. A. G. Gofman, D. S. Novichkov | 27 |
| To clinical analysis in NPZ 2012, 4 — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk, Ukraine). | 40 |
| FROM THE CLASSIC HERITAGE | |
| Henricus Cornelius Rümke. Practical experience of psychotherapy (1957) | 43 |
| PSYCHIATRY AND LAW | |
| “To turn to immediate execution ...” (About dates of performance of court decision about refusal in involuntary hospitalization) — Yu. N. Argunova | 48 |
| FROM AN EXPERT’S DOSSIER | |
| Right to last will and posthumous examination. | 54 |
| PSYCHIATRY AND RELIGION | |
| To the question of use of psychotechnics or about notorious “consciousness control” in new religious formations — E. G. Romanova (St. Petersburg) | 59 |
| REMINISCENCE | |
| Psychiatry rising star. Anatoly Kuzmich Anufriev at Serbsky Institute (part III). L. S. Popova’s reminiscence | 66 |
| THE CHRONICLE | |
| Conference on forensic psychiatry in St. Petersburg. | 69 |
| Federalization of forensic-psychiatric service isn’t approved by all professional community | 71 |
| Penitentiary medicine in Krasnoyarsk | 72 |
| In the Council of Federation | 73 |
| Meetings at the chief psychiatrist of the RF Ministry of Health | 75 |
| In the European Court on Human Rights | 76 |
| The tragedy in Ramenskoye. Whether lessons will be learned?. | 77 |
| Psychoneurological boarding schools of Moscow. | 78 |
| The 120 anniversary of Yakovenko mental hospital | 80 |
| Presentation of the book “Introduction in to Psychiatry” of Yu. S. Savenko | 81 |
| PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS | |
| Dietrich Bonhoeffer. Who do I am? | 82 |
| RECOMMENDATIONS | 83 |
| ABSTRACTS | 84 |

АЛЕКСАНДР ОЛИМПИЕВИЧ БУХАНОВСКИЙ (1944 – 2013)

Выдающийся российский психиатр. Человек и ученый с большой буквы.



Ростовский-на-Дону государственный медицинский университет и лечебно-реабилитационный научный центр “Феникс” с присорбием сообщают о том, что после тяжелой и продолжительной болезни, на 69-м году ушел из жизни доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России, член Президиума Правления Российского общества психиатров, президент ЛРНЦ “Феникс” **Александр Олимпиевич Бухановский**.

Александр Олимпиевич Бухановский родился 22 февраля 1944 года в городе Грозном. Он вырос в семье врачей, о чем всегда с гордостью вспоминал, подчеркивая, что именно семья стала решающим фактором, повлиявшим на выбор дела всей его жизни.

Александр Олимпиевич блестяще окончил Ростовский медицинский институт, выказывая не только завидный талант молодого ученого-психиатра, но и активную жизненную позицию. Студенческие годы дали Александру Олимпиевичу опыт общения с людьми, научили отстаивать свои взгляды в жарких научных дискуссиях, привили умение руководить коллегами, планировать и реализовывать серьезные проекты, нести ответственность за принимаемые решения, всегда руководствуясь при этом чувством долга.

Александр Олимпиевич прошел все этапы профессионального становления: от медбрата в институтской клинике психиатрии и учебного ординатора до аспиранта, а затем ассистента, доцента, профессора и заведующего кафедрой психиатрии, которую он возглавил в 1996 году.

Колоссальная энергия, работоспособность, немалое гражданское мужество, — все эти качества, присущие А. О. Бухановскому как потомственному врачу и ученику донской психиатрической школы, позволили кафедре не просто пережить тяжелейший период в эпоху развала великой страны, но и успешно отвечать вызовам времени, развиваться в научном плане. В 2000 году пожар практически полностью уничтожил здание клиники, а в 2003 году ректор Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ) поручил Александру Олимпиевичу создать новую полипрофессиональную кафедру — кафедру психиатрии с курсом медицинской психологии и психотерапии факультета повышения квалификации (ФПК). Разумеется, это потребовало новых кадров и создания новых баз — как для клиницистов, так и для медицинских психологов и психотерапевтов. При этом количество специальностей, в отноше-

нии которых надо было организовать последипломное обучение, увеличилось вдвое. И с той, и с другой задачами Александр Олимпиевич справился “на отлично” за счет привлечения своих учеников, многие из которых к тому времени стали ведущими специалистами, защитили диссертации, заняли ответственные должности руководителей системы донского здравоохранения.

В 2005 году А. О. Бухановскому вновь было поручено создать новую кафедру (кафедру психиатрии и наркологии ФПК и ППС). Поставленную задачу Александр Олимпиевич вновь выполнил оперативно и высокопрофессионально. Он сам и руководил этой кафедрой до 2012 года. Кафедра профессора Бухановского стала головным учреждением последипломного образования в сфере психиатрии (включая психиатрическую субспециальность — наркологию, а также детскую и подростковую психиатрию) в Южном федеральном округе.

А. О. Бухановский создал новое научное направление в отечественной психиатрии — криминальную психиатрию, науку, обслуживающую оперативно-розыскную деятельность, дознание и начальное следствие. Именно Бухановский впервые в России создал “Перспективный портрет серийного убийцы” по уголовному делу “Лесополоса” (серийный убийца — А. Чикатило), чем оказал неоценимую помощь первичному следствию в наиболее критический период.

В 2000-х гг. Александр Олимпиевич стал консультантом Главного управления уголовного розыска МВД России, профессором кафедры уголовного права юридического факультета Ростовского государственного университета (РГУ), членом секции “Психиатрия” ученого совета Минздрава России, председателем Ростовского регионального отделения Российского общества психиатров, членом правлений Российского общества психиатров (РОП) и Независимой психиатрической ассоциации России (НПА), членом двух диссертационных советов, научным консультантом минздрава Ростовской области.

Для решения задач подготовки кадров психиатрической и наркологической службы профессором А. О. Бухановским лично был разработан и внедрен ряд инновационных, авторских технологий обучения. Так, авторский курс Александра Олимпиевича “Девiantное и наркозависимое поведение у детей и подростков” — первый и пока единственный в системе последипломного образования педагогов и школьных психологов в РФ. Восторженных отзывов был удостоен и специальный раздел кафедральной программы и планов обучения на ТУ и СУ — “Блеск и нищета современной психиатрии”. Под “блеском” Бухановский понимал современные возможности психиатрии, а под “нищетой” — реально существующее в стране положение дел. В основу предложенной методики Александром Олимпиевичем был положен тезис о

том, что в психиатрии одним из важнейших способов верификации диагноза является катамнез.

А. О. Бухановский сумел создать собственную (негосударственную) современную клиническую базу — лечебно-реабилитационный научный центр “Феникс”. Именно здесь сегодня интерны и учебные ординаторы кафедры психиатрии и наркологии Рост-ГМУ обучаются современным методам лечения и диагностики, которые зачастую не применяются в большинстве ЛПУ России, несмотря на то, что с медицинской и экономической точек зрения эти методы считаются наиболее эффективными и выгодными. В основе новаторской педагогической деятельности А. О. Бухановского всегда лежало стремление помочь каждому пациенту, а также дестигматизировать психиатрию как отрасль здравоохранения, в целом.

В последние годы Александр Олимпиевич продолжал успешно работать как в сфере науки, так и в сфере педагогики. Вместе со своими учениками он защитил 11 патентов на изобретения. Все эти разработки используются в педагогическом процессе по сей день.

Под руководством Бухановского защищено девять кандидатских диссертаций и две докторских: одна — в сфере медицинских наук, другая — в сфере психологических наук (оба диссертанта — заведующие кафедрами).

Значительным вкладом в мировую науку со стороны А. О. Бухановского стало его участие вместе с президентами Американской академии психиатрии и права и Европейской психиатрической ассоциации в подготовке двухтомного международного руководства для врачей “International Handbook on Psychopathic Disorders and the Law”, которое Американской психиатрической ассоциацией было признано лучшей психиатрической публикацией в мире за 2007-й год и получило соответствующую награду — “Guttmacher Award”.

Исследования Бухановского вызывают большой интерес во многих уголках мира и отражены в многочисленных публикациях на русском, английском, немецком, французском и даже японском и корейском языках.

В рейтинге наиболее цитируемых российских психиатров Александр Олимпиевич заслуженно занимает одно из первых мест.

Значительность педагогической, научной, лечебной и общественной деятельности Александра Олимпиевича Бухановского подтверждают многие отечественные и международные награды, присуждавшиеся ему в разное время профессиональными медицинскими ассоциациями, общественными и государственными структурами. И мы с уверенностью можем говорить о том, что сегодня на Дону сформировалась самостоятельная научная школа в психиатрии, ведомая А. О. Бухановским и его учениками; школа, авторитет которой признан во всем мире.

Александр Олимпиевич являлся лауреатом международной премии “Профессия-жизнь” в номинации

“За верность профессии”. Он был награжден и как научный руководитель молодых ученых — победителем международного конкурса по когнитивным расстройствам (Москва, 2005). Бухановскому присужден “Европейский Сокол” — награда за Европейское качество и интеграцию в Европу (Брюссель, 2007). Мэр города Ростова-на-Дону в содружестве с рядом общественных организаций присудили Александру Олимпиевичу диплом “Человек года — 2010”.

Согласно мнению экспертов ФБР (США) А. О. Бухановский входит в число наиболее опытных мировых специалистов в сфере изучения проблемы серийных убийств. Он привлекался к чтению лекций в Академии ФБР и единственный из российских ученых принимал участие в разработке американского закона о серийных сексуальных преступлениях. Ему вручена специальная награда Интерпола.

Имя Бухановского включено в издание международного и нескольких региональных справочников

“Кто есть кто” как наиболее известного и успешного деятеля системы здравоохранения России.

А. О. Бухановский до последнего дня своей жизни придерживался отеческого стиля руководства своим научным коллективом; он постоянно заботился о профессиональном росте своих учеников.

Энтузиазм Бухановского не мог оставить равнодушным никого из тех, кто волею судеб оказывался с ним рядом. В любых условиях, на всех этапах его жизненного пути, который оказался столь краток для личности такого масштаба, он умел заражать окружающих его людей своей неутомимой энергией. Его тихий, неспешный, проникновенный голос, пронизательный взгляд, умение четко “разложить все по полочкам”, — в этом весь Бухановский. **Вечная память профессору Бухановскому, имя его навсегда останется в истории отечественной и мировой психиатрии, а память — сохранится в сердцах тех, кто его знал, кому он был дорог.**

Гордость НПА России

Когда уходят такие люди как Александр Олимпиевич, — с особой остротой чувствуешь, чего мы неожиданно лишились, чего всегда будет не хватать, что не пишется в некрологах и чего не выразишь словами. Пожалуй, лучше всего об этом просто сказала дочь А. О. — Ольга Бухановская: “В некрологах очень много уделили внимания папиным научным достижениям, но я считаю, что в первую очередь папа был врачом, талантливым и думающим психиатром, желающим помогать и помогающим пациентам. Психиатром грамотным до мозга костей, убежденным психопатологом (знающим общую психопатологию досконально), обязательно представляющим и защищающим интересы пациента. Все это воспитал и в учениках, конечно, врачах “Феникса” и кафедры. Незадолго до смерти мы говорили с папой, и он сказал: “Не обижайся, но “Феникс” — это мое детище, это как ты, я тебя и его люблю очень сильно”. Нас утеша-

ет то, что не только “Феникс” остался в достойных руках, но и кафедра проникнута деятельной памятью о своем создателе.

Александр Олимпиевич с 1994 года был одним из наиболее страстных участников деятельности НПА России. Как все, за что брался, и этому отдавался всей душой: активно участвовал в Совете Ассоциации, ее съездах и семинарах, делился опытом, давал всевозможные ценные советы, вникая даже в детали. В его лице мы всегда имели самого надежного сторонника.

Мы не сомневаемся, что профессиональный и гражданский пример всей жизни Александра Олимпиевича, человека безукоризненной порядочности, страстного в достижении целей и редкой душевной теплоты и щедрости, сделает его многочисленных учеников, друзей и соратников опорой его свершений и замыслов, памятью о нем.

25 лет НПА России

XIV съезд

14 декабря 2013 г., Москва

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПСИХИАТРИИ

— постоянный диалог индуктивной
и феноменологической методологии

О понимании доказательной медицины

Приглашение к дискуссии

Расцветом отечественной клинической медицины стало одновременное возникновение с 1863 года (накануне великих реформ: введения земства и судебной реформы) двух направлений, двух школ — Санкт-Петербургской Сергея Петровича Боткина (1832 – 1893) и Московской Григория Антоновича Захарьина (1830 – 1897), которые не в последнюю очередь в силу личностных особенностей их лидеров приобрели различие, которое всегда присутствует в любой проблематике, в любом предмете. Это различие **клинического и клинично-экспериментального** (физиологического, лабораторно-экспериментального, объективного) направлений было искусственно и предельно заострено учениками Захарьина и, ответно, учениками Боткина.

В наше время хорошо видна как неправота обеих этих крайностей, так и неизбежность и даже продуктивность их постоянного сосуществования. Если в отношении терапевтической клиники и других медицинских дисциплин инструментальные и лабораторные методы достигли грандиозных успехов, и этот спор иным покажется архаичным, то в психиатрии, в силу ее ярко выраженной многоуровневости, налицо недостаточность чисто биологических методов исследования. Для нас острота отмеченных расхождений сохраняет всю свою актуальность.

В психиатрии это выразилось в противостоянии с того же времени¹ Санкт-Петербургской “**физиолого-клинической**” (по выражению Т. И. Юдина) школы И. М. Балинского² — И. П. Мержеевского — В. М. Бехтерева и московской **клинической** школы С. С. Корсакова — П. Б. Ганнушкина, в последний период — А. В. Снежневского. В наше время это противостояние в международном масштабе позитивистски и феноменологически ориентированных течений в психиатрии. В своих крайних формах это тотальная биологизация и экзистенциальная и дизайн-аналитическая психиатрия.

Открытые нападки на клинично-психопатологический метод, начавшиеся с 1990-х годов и достигшие в последнее время самой резкой формы, как в

Санкт-Петербурге (И. А. Мартынихин), так и в Москве (С. Н. Мосолов), во многом повторяют былой спор в клинической медицине, который в отношении психиатрии выглядит совсем иначе. Тем не менее, обращение к истокам крайне поучительно.

В 2009 г. вышла 600-страничная книга Виктора Давыдовича Тополянского³ “Доктор Захарьин: легенды и реальность”, две трети текста которой составляет богатейшая и увлекательно информативная антология воспоминаний о Захарьине. В ней большой интерес и проблемный характер представляют ошеломляющая манера поведения Захарьина при консультации больных, огромные гонорары с богатых клиентов, впрочем заставившие уважать труд и время врача, особую лекторскую манеру и — главное — методику исследования больного, его знаменитый распрос больного, высоко оцененный зарубежными коллегами, как доведенный до уровня искусства (Юшар). На этой пропедевтической проблематике мы и остановимся. Ниже, с любезного разрешения В. Д. Тополянского, приводятся отрывки из составленной им антологии, прочитать которую доставит удовольствие каждому.

О направлениях в русской клинической медицине (Москва и Петербург)

“И Боткин, и Захарьин — воспитанники Московского университета, учившиеся в нем почти одновременно у одних и тех же учителей. Русская наука была отрезана от Западной Европы, поездки за границу давно не практиковались; “большинство профессоров читали свои лекции по запискам, составленным 10 – 15 лет назад, и относились к своему преподаванию, как к отбыванию чиновничьей повинности”. Профессор Овер читал в течение года 6 – 8 лекций на латинском языке; его адъюнкт Млодзеевский, “на-

¹ В 1857 году вышло предписание о “введении преподавания психиатрии в качестве самостоятельного предмета”.

² Как И. М. Балинский, так и С. П. Боткин тесно сотрудничали с И. М. Сеченовым.

³ В. Д. Тополянский широко известен в профессиональном сообществе не только как автор первой в нашей стране и сразу энциклопедической монографии о психосоматических заболеваниях, но и как автор наиболее полной демифологизации истории советской медицины — “Сквозняк из прошлого” (М., 2009) — книги, которой не хватает только одного, — предписания быть еще и обязательным учебным пособием.

ставник не бойкий, узкий и отсталый”, с большим негодованием относился к постукиванию и выслушиванию; преподаватель же частной патологии и терапии Торопов вовсе отрицал эти методы, называя их публично шарлатанскими приемами. И это 30 лет спустя после смерти Лаэннека! В такой-то, представляющейся нам теперь архаической, школе получили свое медицинское образование Захарьин и Боткин. За границей им пришлось учиться всему снова и иначе, — пришлось переучиваться: там они нашли уже новую медицину — на сцену выступил великий реформатор Вирхов. И Захарьин, и Боткин одни из первых учеников Вирхова: они одновременно учились у него в Берлине. К этому времени относятся работы о крови Захарьина и Боткина. Во время пребывания Боткина и Захарьина в Германии из клиницистов первое место там занимали Фрерикс и Траубе. Профессор Захарьин как у этих, так и других заимствовал, что было у каждого лучшего, не увлекаясь ни одним из них. Покойный же Боткин подпал, несомненно, под исключительное влияние Траубе⁴. Возвратившись в Россию, Боткин и Захарьин одновременно заняли в двух главных русских медицинских школах места адъюнктов при кафедрах терапевтической клиники.

Влияние обеих школ на русскую медицину вообще так велико, что под Московской и Петербургской школами мы имеем полное право подразумевать всю русскую медицину.

В классической клинике, в которой главным объектом является больной, в которой главную роль играет наблюдение у постели больного, в которой исследование больного, имеющее целью распознавание болезни, лечение его, наблюдение за ходом болезни и лечением образуют стройное целое. Таковую идеальную клинику до сих пор еще принято называть “гиппократической”.

Наряду с такой чистой классической клиникой в последние десятилетия народился другой тип клиники, в которой больной человек потерял первенствующее значение. Теоретическая, абстрактная сторона медицины, эксперимент над животными, поверхностное или одностороннее отношение к терапии в силу увлечения лишь случаями, где ожидается всегда, конечно, заманчивое и интересное для врача, вскрытие — вот что преобладало в таких клиниках”. (Н. Ф. Голубов).

Методы клинического исследования больных

“В настоящее время большинство русских профессоров по внутренней медицине действительно ученики или Захарьина, или Боткина.

Оба метода сильно разнятся между собою, и мы считаем необходимым подробнее разобрать их здесь,

чтобы яснее показать, какой из них наиболее пригоден для клинических целей.

Метод профессора Боткина можно найти в его курсе клинических лекций, и мы изложим его здесь словами самого автора: “Начинающему заниматься клинической медициной предстоит, под руководством преподавателя, изучить искусство применять приобретенные им сведения к разрешению следующих практических вопросов, именно: в чем состоит индивидуальность данного больного и какие меры нужно принять для излечения или облегчения патологических явлений его жизни? ..”.

Возможно многостороннее и беспристрастное исследование больного, критическая оценка открытых этим исследованием фактов составляют главнейшие основания для того теоретического вывода той гипотезы, которую мы обязаны построить по поводу каждого представившегося случая.

Собирание этих фактов можно начинать двояким способом: обыкновенно обращаются к больному с расспросом о его субъективных ощущениях, причем указание больного на то или другое патологическое явление служит путеводной нитью для дальнейших расспросов со стороны врача. (Отметим и это.) Вслед за этими расспросами врач приступает к собиранию объективных фактов. Этот порядок исследования выгоден в том отношении, что требует меньше времени. В течение моей преподавательской деятельности я успел, однако, убедиться в том, что для начинающих такого рода порядок исследования больного весьма затруднителен, ибо лишает практиканта спокойствия и беспристрастия, необходимых при исследовании объективным способом. Объективность наблюдателя (советуем запомнить это) особенно развивается тогда, когда практикант будет относиться к своему больному как к простому физическому телу. Мы, поэтому, начинаем исследование фактов при посредстве различных способов объективного исследования. ..

Мы не придаем существенного значения тому или другому порядку при исследовании этими способами; порядок этот в большинстве случаев обуславливается тем или другим состоянием больного, с которым мы знакомимся по мере исследования. (На эту оговорку профессора Боткина мы обращаем особенное внимание, так как это одно обстоятельство уже лишает метод его правильности, систематичности и возможности легкого усвоения начинающим). Собрав факты этими различными способами объективного исследования, мы приступаем к расспросу больного об его субъективных ощущениях, предлагая ему вопрос: на что он жалуется в данную минуту? Этот последний способ исследования чрезвычайно затруднителен для каждого начинающего и т.д.”

Вот описание тех способов исследования, которыми Боткин пользовался в своей клинической деятельности. В 1870-х и 1880-х годах он применял еще оба метода: первый “субъективный”, или метод расспросом, с последующим объективным исследованием он

⁴ Людвиг Траубе (1818 – 1876) — немецкий терапевт, один из основоположников экспериментальной патологии.

Приглашение к дискуссии

употреблял на амбулаторных больных, второй — “объективный”, с последующим расспросом, на стационарных больных во время клинического разбора больного в аудитории...

В чем же заключаются недостатки этих методов Боткина?

По собственному убеждению Боткина, “субъективный метод” чрезвычайно затруднителен для начинающих, что, как легко видно из вышеприведенного описания, зависело от того, что он не полон и, главное, не имеет определенной схемы или системы. Расспрос ведется один раз в одном порядке, другой раз в другом и т.д. до бесконечности, смотря по особенностям каждого нового случая. В основу расспроса кладется главная жалоба больного, которая и составляет руководящую нить для дальнейшего расспроса. Само собою разумеется, что не легко по одному выдающемуся симптому вести расспрос в направлении к диагнозу, так как самый симптом может служить выражением крайне различных явлений. Предполагая даже у слушателей хорошую подготовку по частной патологии, все-таки легко просмотреть кое-что, по-видимому, и второстепенное, но, тем не менее, очень важное для диагноза.

Стоит только вспомнить, при каких многообразных болезнях мы имеем дело, например, хоть со рвотой. Этот симптом мы встречаем и при мозговых болезнях, и легочных, и сердечных, и болезнях печени, почек, половых органов, не говоря уже, конечно, об обширном классе болезней желудочно-кишечного канала. Спрашивается, в каком направлении вести расспрос в этом случае, и неужели перебирать в своей памяти, особенно начинающему, чуть ли не симптоматику всех болезней? Следуя субъективному методу Боткина, расспрос часто отвлекается в сторону, постоянно приходится выслушивать данные настоящего состояния больного с прошедшим, притом приходится не один во время разговора переходить с *status praesens* на анамнез и обратно. Словом подобный расспрос сбивает с толку даже и опытного практиканта, не говоря уже о начинающем, так как нить расспроса легко запутывается самой несистематичностью дела. И, главное, в каждом новом случае приходится вести расспрос опять по новому направлению, по новой схеме, смотря по указанному симптому. Понятно, что тут, в сущности говоря, и нет никакой определенной системы, определенного метода, и поэтому дело всецело зависит от субъективности расспрашивающего и его опытности. Естественно поэтому, что для начинающих субъективный способ Боткина решительно не пригоден по своей трудности усвоить его и требованию хорошей предварительной подготовки по частной патологии. Не мудрено, что при таком способе исследования больных, особенно амбулаторных, ученики его часто ошибались и довольствовались только симптоматической терапией. Ввиду этого происходило то, что больной не только не имел диагноза, но, самое главное, не получал никакой пользы, бросал

амбулаторию и переходил в другие руки. Далее, так как при расспросе по способу Боткина отводилось мало места выяснению условий жизни больного и образа жизни его, то в результате выходило то, что индивидуализация больного, на громадном значении которой для правильного лечения он сам в 1860-х годах так симпатично настаивал в своем описании метода, отходила на задний план, многое важное через это ускользало из виду, и если получался диагноз, то грубый диагноз болезни, а не больного...

Что касается значения и применимости к клиническим целям второго метода Боткина, так называемого объективного, то недостатки его ясно видны из того, что Боткин предлагал смотреть на человека, как на простое физическое тело. Каждому понятно, что, если, например, при перкуссии больного, он жалуется на кашель или на боль, а при ощупывании подложечной области развивается истерический припадок и т.д., и т.д., то едва ли исследующий может относиться к исследуемому как простому физическому телу, и едва ли под влиянием таких субъективных ощущений больного врач может сохранять спокойствие и беспристрастие в мышлении — необходимые условия и преимущества по Боткину этого способа исследования. В своем увлечении объективным методом и желании подводить все проявления у человека под законы Боткин впал в ту ошибку, от которой он в начале своей деятельности так настойчиво предупреждал своих слушателей, именно: забыл индивидуализацию больного. Поэтому естественно, что Боткин больше интересовался диагнозом больного ...

“...Для практика должно существовать только одно удовлетворение: обнадежить, облегчить, излечить. Живой индивидуум вот его контроль, вот мерило его удовлетворенности”. (Р. Вирхов.)

Недостатки объективного способа исследования особенно бросаются в глаза, если вспомнить, какую массу времени нужно потратить на производство всех физических, химических и других дополнительных методов исследования, а это нужно сделать, чтобы быть логически последовательным своему методу, не зная еще наперед, нужны ли в самом деле в данном конкретном случае все эти тонкости физических методов. Но еще рельефнее сказывается бесцельность такого способа исследования при таких случаях, где объективный или точный метод исследования дает одни только отрицательные данные, а между тем наличность данных субъективных и даже объективных при повторном исследовании указывает на весьма угрожающие симптомы. Мы не один раз могли в этом убедиться. Больные страдали жестокой грудной жабой, а объективное исследование давало нулевой результат. И это вполне понятно, так как, не говоря уже о нервной форме жабы, всем известно, что припадки грудной жабы, могут служить только единственным проявлением склероза сердечных сосудов! К чему же тут было произведено объективное исследование с применением всех физических способов, — какая

польза от него, когда один только расспрос, и даже не утомительный для больного, обнаружил угрожающие симптомы у больного!

В другом ряде случаев объективное исследование давало отрицательные данные у больных, которые за несколько дней перед тем страдали жестокой желчной коликой! Мы не говорим об эпилептиках и других нервных больных, у которых часто ни к чему не приводит объективное исследование, а укажем здесь еще на такие примеры, как почечная колика, неврастения и т.д. и т.д., могущие не диагностироваться объективно. С другой стороны... без предварительного расспроса приходится производить такие исследования и там, где в них нет никакой надобности...

Школу Боткина можно по справедливости назвать экспериментальной, так как ей мы обязаны целой серией замечательных работ по экспериментальной разработке многих общепатологических вопросов и даже фармакологических.

Не нужно забывать, что Боткин читал в то время, когда многих кафедр, теперь уже существующих в Военно-медицинской академии, тогда и не было. Поэтому он в своих занятиях отводил громадную долю времени общей патологии, семиотике, патологической анатомии, физиологической химии и т.д. Отсюда вполне понятно, как охотно посещались его лекции.

Совершенную противоположность методу Боткина представляет метод профессора Г. А. Захарьина, состоящий в предварительном исследовании больного расспросом, по строго систематическому плану... Чтобы как можно обстоятельнее ознакомиться именно с представившимся индивидуумом, выяснить самым тщательным образом особенности патологических явлений именно у данного лица, — словом ни на одну минуту не забывается индивидуальность... Этот метод по справедливости может называться клиническим методом. Помимо этой особенности, он замечателен своей полнотой, простотой для усвоения и понимания вследствие своей строгой последовательности...

Словом, без обстоятельного расспроса об условиях жизни больного, без необходимого ознакомления с его прошлым и настоящим мы не в состоянии поставить диагноз больного, а, следовательно, не в состоянии и выполнить гуманной врачебной задачи, то есть назначить индивидуальную гигиену и индивидуальную терапию... Мы совершенно разделяем взгляд профессора Цимсена, что современная терапия обращает слишком мало внимания на общую конституцию, на человека, взятого в целом и его индивидуальность: “В этом отношении, говорит он, я полагаю, старые врачи стояли гораздо выше нас и достигали часто лучшего терапевтического результата, нежели мы, направляющие нашу терапию главным образом против местного расстройства”...

Даже молодой врач, при первых шагах своей практической деятельности, при всей своей еще малоопытности, сравнительно редко будет ошибаться в диагностике и особенно в назначении терапии. Если

не всегда ему удастся поставить точный диагноз болезни, то диагноз больного он легко сделает, а следовательно получит и данные для оказания существенной помощи больному. Ведь для больного мало пользы от того, что мы скажем ему диагноз болезни и ни на йоту не облегчим его страданий — для него совершенно безразлично, какую у него найдем мы болезнь, но абсолютно не безразлично, сумеем ли мы облегчить его страдания или нет и тот, кто облегчит его страдания, и будет для него врач...

После предварительного расспроса объективное исследование не только получает характер определенности и необходимости, но и сокращается во времени, а чрез это достигается и гуманная цель — меньше тревожить больного неуместным и вовсе ненужным в каждом случае применением различных физических снарядов, на что, к сожалению, слишком мало обращается внимания во многих клиниках.

На основании всего сказанного легко понять, что метод профессора Захарьина требует значительного времени на производство исследования и значительного напряжения умственных сил для анализа субъективных явлений больного и потому, конечно, довольно труден, в смысле утомления, для врача. Для возможного уменьшения последнего обстоятельства характер расспроса в способе профессора Захарьина производится, как это сейчас увидим, особенным образом, причем процесс мышления значительно облегчается систематичностью предлагаемых больному прямых и точных вопросов и в тоже время не нарушается бессвязностью, многословием и ненужными отклонениями больного от предмета.

Чтобы лучше и нагляднее видеть особенности метода Московской школы, мы вкратце приведем здесь те пункты, которые требуется выяснить в каждом данном случае по этому способу.

Нужно заметить, что профессор Захарьин строго разделяет понятие “status praesens” от “anamnesis”. Первое у него слагается из данных, получаемых расспросом и объективным исследованием, второе только расспросом и притом только о прошедшем — словом, у него нет той путаницы в этих понятиях, как это мы видим, например, даже в последней книжке Клемперера, ассистента профессора Лейдена, где, разумея под словами “status praesens” только объективные данные, вклеиваются такие симптомы, которые получают только путем субъективного исследования, то есть расспросом.

Исследование профессора Захарьина начинается вопросом больному, чем он нездоров и давно ли? Получив прямой и положительный ответ, профессор Захарьин останавливает рассказ больного и начинает сам предлагать вопросы в известном, строго определенном порядке, и просит больного отвечать лишь о том, о чем спрашивается, и давать по возможности точные ответы. ..

После тщательного исследования условий жизни больного, нередко уже дающих ценные указания для

этиологии, индивидуальной гигиены и даже терапии, следует расспрос о состоянии больного по однажды принятому порядку, в чем и состоит методичность исследования, — чрезвычайно важное обстоятельство, на которое, как мы видели, совсем не обращалось внимания в методах Боткина.

“Начинающий врач, — говорит профессор Захарьин, — если не усвоил себе метода, не убедился еще в его необходимости, расспрашивает, как попало, — увлекается первым впечатлением, произведенным жалобами больного (например, одышка, кашель, колотье в боку), и, предположив на этом основании известную болезнь, надеется быстро решить дело, предложив больному несколько относящихся сюда вопросов, но не исчерпывает состояния всего организма. Горьким опытом, — продолжает профессор Захарьин, — он убедится, если сколько-нибудь способен к самоусовершенствованию, — что такой прием не доводит до цели, что он недаром осужден опытом и что единственно верный, хотя более медленный и тяжелый путь, есть соблюдение полноты и известного, однажды принятого порядка в исследовании. Первое условие такого порядка состоит в том, чтобы цикл вопросов обнимал все важнейшее”.

Профессор Захарьин держится следующего порядка вопросов. Заметим тут же, что расспрос не ведется механически, напротив, при собирании сведений по возможности тотчас же уясняется и причина их. “Чем более удастся такое уяснение, — говорит профессор Захарьин, — чем понятнее все получаемое при исследовании, тем легче и успешнее идет последнее. Конечно, такой прием легче для опытного, чем для начинающего врача; но чем более последний старается усвоить привычку не довольствоваться, так сказать, механически собиранием сведений, а пытливо уяснять их, доискиваться причин и таким образом подготавливать ценные материалы для сооружения органического целого, — распознавания всего болезненного состояния, — тем скорее приобретает он необходимую опытность”.

После подробного, обстоятельного и систематического расспроса профессор Захарьин приступает к собиранию сведений о прошедшем. Понятно, что уже на основании указаний, полученных при расспросе о настоящем состоянии больного, видно, о чем следует расспрашивать больного. По окончании расспроса о настоящем и прошлом профессор Захарьин предлагает больному сказать все, что он желает прибавить к расспросу врача. “После хорошего расспроса, — говорит профессор Захарьин, — редко больной прибавит что-либо”.

Таким образом, не только сберегается дорогое время при таком порядке исследования, и врач мало утомляется, но и получают действительно ценные указания для диагноза и терапии, чего никоим образом нельзя получить, если дать волю больному рассказывать обо всем, что он чувствует и что он знает о своей болезни. В то же время и предотвращается

опасность воспринять вместе с рассказом о болезни и готовое мнение о ней. Такое предвзятое мнение может мешать спокойному и правильному исследованию и послужить причиной неправильности собственного заключения о болезни и ее лечении. По окончании расспроса делается объективное исследование”. (С. М. Васильев).

“Сергей Петрович Боткин уделял больному 10 – 15, много — 20 минут. Захарьину было необходимо два — три часа времени, а само истязание, самое добросовестное и дельное, продолжалось два с половиной часа... после чего он приступил к чтению целой лекции по поводу моей особы самым обстоятельным образом и также обстоятельно и подробно указал режим, которому должен я следовать” (А. Н. Витмер).

“Профессор Захарьин является в медицине консервативом по преимуществу, по крайней мере он никогда не следует научной моде, никогда не набрасывается на новые средства и новые методы, принимая их лишь после тщательного и всестороннего рассмотрения. В его клинике, сколько я знаю, никогда не увлекались ни усиленным охлаждением при пирексиях, ни “повальным титрованием мочи”, над которым он так смеется в своих “лекциях”, ни повальным введением желудочного зонда, ни усиленной мясной диетой, ни антифебринами и фенацетинами разного рода; в ней никогда не относились презрительно к кровопусканиям, к горчице и мушкам, к ртути — при воспалительных и заразных болезнях, вообще к старым, веками испытанным средствам, которые, благодаря их кажущейся иррациональности, были совсем брошены Венской школой и только теперь вновь входят в употребление. Вообще клиника профессора Захарьина никогда не была, так сказать, рационалистической даже в самый разгар медицинского рационализма — ей следует поставить это в большую заслугу, так как много нужно характера и твердых убеждений для того, чтобы идти против господствующего течения.

Профессор Захарьин, по моему мнению, при всей его научной подготовке, есть чистый эмпирик, в лучшем смысле этого слова. Он ясно сознает, чтобы их условия могли быть выведены разумом аналитически из простых, точных и всеобъемлющих правил вроде того, например, что больной ослаблен — питай его; больной чересчур согрет — охлаждай его; кровь есть основа питания — не проливай ее. Клиника профессора Захарьина имеет характер синтетический — вся работа в ней сосредоточена на тщательнейшем, мельчайшем индивидуализировании как диагноза, так и терапии, причем к первому прикладываются все новейшие методы исследования (с строгим разбором пригодности их в данном случае, однако же), а к последнему — все те практические замечания, которые умный научно образованный и наблюдательный врач мог вынести из своей сорокалетней деятельности.

В захарьинской клинике резче, чем где-либо, проглядывается стремление лечить не пневмонию или тиф, а человека, захворавшего одной из этих болезней

при известном комплексе особенностей и ненормальностей его организма. Потому-то профессор так старательно и приучает своих слушателей к мелочному изучению этих особенностей и ненормальностей; потому-то он так скрупулезно и соразмеряет с ними свою терапию. Такой же характер носят и “клинические лекции”, второй выпуск которых лежит теперь перед нами. Из них, например, оказывается, что профессор Захарьин посвятил целых четырнадцать лекций почти исключительно разбору одного только больного с банальнейшим катаром пищевых путей и это для него в высшей степени характерно: он вообще не любит блистать тонкими диагностиками исключительных случаев, а обращает все внимание своих слушателей на мелкие особенности самых частых и обычных заболеваний.

Невозможность обнять индивидуальную картину болезни без их общей помощи и невозможность верно понять и толково лечить болезнь, не индивидуализировав ее предварительно”. (К. К. Толстой).

“... О Захарьине, как о человеке, можно сказать лишь то, что личными симпатиями со стороны студентов он не пользовался. И основания к этому были... Доживи Захарьин до нашего времени, до времени партийных распределений, вряд ли бы мы увидели его левее партии умеренно правых. Полумиллионное пожертвование на церковно-приходские школы, близость к “Московским Ведомостям” и другие обстоятельства достаточно говорят в пользу такого предположения.

И тем удивительнее было видеть, что у такого, говоря современным языком, черносотенца аудитория в течение более 40 лет бывала переполнена слушателями, тогда как у многих других профессоров, несомненно пользовавшихся симпатиями и личным уважением студентов, аудитории пустовали иногда до того, что приходилось назначать сменные наряды слушателей. Такова, стало быть, была сила таланта, мощно преодолевавшего пучину непопулярности. И только в последние годы клинической деятельности Захарьина (1895 – 1896) глухо нараставшая волна студенческого недовольства “захарьинскими порядками” вылилась в форме бойкота, расколовшего курс на два неравномерные лагеря. У Захарьина осталось только одиннадцать (если не ошибаюсь) человек слушателей, которых в свою очередь, бойкотировала остальная часть курса до государственных экзаменов включительно. На следующий академический год Захарьин уже покинул кафедру...

Он обладал высшим достоинством преподавателя — умением заставить себя слушать. Речь его всего менее была речью оратора, но это была речь “власть имущего” в той области, в которой он наставлял своих слушателей. Не нужно было нисколько напрягать своего внимания, чтобы следить за ходом лекции.

На предшествовавшем курсе студенты знакомятся не столько с больными, сколько с болезнями вообще, с семиотикой и общей терапевтикой, а здесь приступают к распознаванию и лечению данного конкретного

больного. Здесь на первом плане индивидуализирование больного.

Свой метод клинического исследования Захарьин подробно изложил в “Клинических лекциях”, где есть еще две статьи его ученика (Н. Ф. Голубова), посвященные столько же восхвалению этого метода, сколько и недостойному порицанию метода петербургской школы профессора С. П. Боткина.

Захарьинский метод имел обширное приложение в московской врачебной школе. Сорок выпусков врачей Московского университета получили в этом методе свое клиническое крещение...

В чем же заключаются особенности и достоинства этого метода?

Главной отличительной чертой исследования и лечения больных у Захарьина были простота и практичность. Уже на первых лекциях, по первым больным могли мы видеть, как на основании найденного при исследовании естественно вытекает то или другое лекарственное назначение.

Начиналось исследование с вопроса, чем нездоров больной и давно ли. Затем следовало ознакомление с важнейшими условиями его жизненной обстановки (местность, жилище, обмывание, одежда, употребление *pergiva* [лат. вещества, влияющие на нервную систему], пища, питье, семейное положение, занятие, работа, отдых, сон, время ежедневного пребывания на вольном воздухе). Этот расспрос давал, так сказать, фон, на котором болезнь могла писать свои узоры. Далее идет ряд вопросов, знакомящих врача с настоящим положением всех жизненных органов больного по однажды принятому порядку: аппетит, жажда, язык, зубы, глотка, желудок, кишки, задний проход, мочевой пузырь, половые органы, органы дыхания и кровообращения, состояние питания, душевное состояние, головная боль, боли в спине, конечностях, парестезии и анестезии, нервно-мышечный аппарат, зрение, слух, общие покровы. После этого следует анамнез, и все это завершается уже объективным исследованием, часть данных которого получается врачом и при расспросе (язык, общее питание и пр.). Вот этот-то расспрос, доведенный, по словам французского клинициста Nuchard, “до высоты искусства”, и составлял отличительную черту захарьинского метода.

“Не торопитесь ставить диагноз, — говорил Захарьин, — на основании жалоб больного или на бросающемся в глаза болезненном явлении. Не ленитесь всегда исследовать все органы больного. Дело вовсе не в том, чтобы пришиллить к больному ярлык с надписью одной из тех болезней, которые вы знаете. Все знать и уметь ориентироваться в данном случае — две вещи разные. Человек, который “все знает”, все старается удержать в своей памяти, это все равно, как человек, который несет на голове таз, полный воды, и все боится, как бы ему не пролить... Представьте себе врача, который “все знает”, приглашенного вот к этому больному (на лекции был больной с *astma bronchiale*):

садится этот врач против задыхающегося больного и начинает думать, что бы из этого “всего”, переполняющего его голову, могло быть в данном случае...”

Несмотря на кажущуюся обширность исследования, умелое применение захарьинского метода исследования очень экономит нужное врачу время. Всякому из нас известно по опыту, как длинно, бессвязно и излишне подробно торопятся больные описать врачу свои страдания, как путаются тут и настоящие, и бывшие болезни, и предыдущее лечение, и такие сообщения, которые не имеют никакого отношения к делу, и как мало, в сущности, из всей этой болтовни может извлечь врач для правильного распознавания болезни. Между тем, после методического расспроса и исследования “по Захарьину” на предложение врача, что больной мог бы еще прибавить к сообщенному, у последнего обыкновенно не оказывается материала.

Ознакомленный с условиями жизни больного и с условиями деятельности его органов врач уже более или менее определенно переходит к объективному исследованию, зная, на что при этом нужно будет обратить преимущественное внимание. Это не значит, конечно, что у больного с хроническим катаром желудка останутся не исследованными сердце и легкие, но, естественно, что на больной орган будет обращено и более подробное объективное исследование.

Последующая практика позволила нам потом оценить достоинства захарьинского метода. Воспитанникам школы Захарьина трудно представить себе как бы они по иному могли приступить к исследованию больного, как бы можно, например, было начать прямо с объективного исследования по методу петербургской школы, или как “подгонять” исследование под одну из семи диагностических схем, рекомендуемых германским клиницистом Nothnagel.

При разборе больных отметалось очень много теоретического, без чего, наверное, не обошлось бы в других клиниках. Вот больной с легочной чахоткой, у которого налицо все клинические признаки этого страдания: и стойкие хрипы с притуплением в одной из верхушек, и типичная мокрота, и кровохарканье, и ночные поты, и температура с суточными колебаниями в полтора градуса. Нет только туберкулезных палочек в мокроте. Искали их много раз — и нет удачи! “Но их отсутствие, — говорил Захарьин, — не заставит меня отказаться от заключения, что здесь я вижу именно легочную чахотку и лечить больного я буду как туберкулезного”.

Показывая больного с сужением пищевода вследствие рака, Захарьин очень иронически выражался о применении в этом случае исследования зондом. “Для чего его нужно вводить? Говорят: чтобы констатировать факт сужения. Ну, для чего мне нужно констатировать еще этим рожном, когда больной констатирует это по несколько раз ежедневно? Так же смотрел Захарьин и на известные “пробные” завтраки и обеды. “К чему? Разве больной сам уже не достаточ-

но экспериментировал и доказал, что желудок его неспособен переваривать известные вещества?”

В болезнях сердца он не советовал увлекаться тонкостью диагноза и доискиваться до мелочей, какой именно клапан или какое отверстие, как и насколько поражены. “Раньше, — говорил он, — когда еще вас на свете не было, даже раньше, когда вы еще были только в возможности, а я был студентом, тогда очень процветало выстукивание и выслушивание сердца. А теперь, — по справедливости, — главное внимание обращают на величину сердца и на пульс. Место толчка и характер перкуторного звука на нижней части грудины — вот основания судить о размерах сердечной мышцы, а ритм, частота и сила пульса — о силе ее деятельности”. “Величина печени и селезенки, — говорил он другой раз, — по нижней границе определяется ощупыванием, а до какого ребра простирается тупой или притупленный звук при постукивании, бесполезно помнить. В учебниках диагностики есть на это указания, выведенные из средних наблюдений. Отступления от этих средних данных возможны в каждом случае. Если они незначительны, то это ничего вам не скажет, а если велики, то и без счета ребер видно, уменьшен или увеличен орган”.

Вообще Захарьин был врагом диагностических тонкостей и с точки зрения клинициста-терапевта считал более важным, чем тонкости, особый вид диагностики — диагностику терапевтическую.

Напутствуя нас прощальным словом на последней лекции, он говорил: “Не идите по широкому пути, но не ходите и по узкому. Не ленитесь на первых порах долго разбирать больных, но берегитесь семиотики. Теперешняя семиотика очень сложна, нетрудно совсем в ней запутаться. Берегите свои силы, не разбрасывайтесь, не отворяйте двери своего мозга на обе створки, не давайте себе зачуметь от избытка знаний и не пекитесь о тонкости диагноза в ущерб терапии” (М. С. Камнев).

“Обыкновенно Захарьин начинал опрос больного с того, что осведомлялся, чем болен пациент и на что он жалуется, затем — давно ли он болен? В хронических случаях добывался сперва анамнез, в острых, наоборот, начиналось с ознакомления с настоящим состоянием больного. Больного следует приучать и приручать к себе (научать больных не торопиться, не волноваться, не бояться его), не следует его раздевать, не опросив его предварительно хотя бы вкратце; долгим разговором не следует утомлять больного, особенно больного слабого — с диагностикой нечего спешить: было бы приблизительно выяснено, в чем дело, чтобы не пропустить времени назначить соответствующее средство... При расспросе о распределении времени Захарьин задавал всегда вопросы о продолжительности отпусков, вакаций, частоте последних. Когда шла речь о пище, не забывался вопрос о постной пище. Он ничего не хотел знать приблизительно и, например, желая узнать, сколько именно пациент пьет

чая, водки и т.п., суммировал ежедневное количество выпитых стаканов и рюмок... и количество часов, проводимых пациентом на открытом воздухе. При этом упоминалось о моционе; Захарьин советовал ходить по меньшей мере часа два, зимою час в день и ходить медленно, шаг за шагом, не разговаривая и не думая ни о чем, ходить, по его выражению, “дураком”.

У Захарьина было чуть ли не больше запрещений, нежели показаний к назначению чего-либо, он не стеснялся делать исключения и действуя, по-видимому, иной раз шаблонно, всегда и везде добросовестно индивидуализировал...

Относительно прогностики он отличал четыре степени: случаи легкие, несерьезные, когда опасности нет и быть не может; случаи серьезные, когда опасности нет, но она может наступить во время болезни; случаи опасные, но не безнадежные; случаи безнадежные.

По Захарьину терапия — главное, все остальное — лишь средство для достижения цели.

На одной из первых лекций распространившись о самомнении, которое является у врачей, сильных книжным и экспериментальным знанием, указав на то, что осторожность при лечении важнее смелости, он пояснил, что сиделка не столь опасна как фельдшер со своим полужнанием..., но опаснее фельдшера, все-таки имеющего медицинскую опытность, молодой врач...” (П. С. Алексеев).

Захарьин “учил нас уловить, осязать, понять и обобщить ряд припадков, и на основании всего вынести свое заключение. Верное, вероятное, возможное и сомнительное — вот основа его диагностики... Диагнозу научиться нельзя, — говорил он, — диагноз есть результат опытности и знания, которые приобретаются временем” (Н. Ф. Гагман).

Необыкновенно яркий и при том строго взвешенный портрет Захарьина оставил известный психиатр Яков Алексеевич Боткин, один из близких друзей С. С. Корсакова, приват-доцент Московского университета (1884 – 1899) в клинике М. Я. Кожевникова (см. в антологии Тополянского стр. 64 – 76).

“Алексей Яковлевич Кожевников по глубокой эрудиции своей специальности тот же Захарьин, но насколько Захарьин был грозен в отношении своих ассистентов, ординаторов, студентов и больных, настолько Кожевников был мягок, вежлив, тих и скромн. С больными он обращался в высшей степени гуманно, мягко. Лекции его были по содержанию прекрасны. Диагноз и прогноз он ставил правильно, что и подтверждалось вскрытием умершего. Разбор клинических больных был не менее подробен Захарьинского... Я лично ставлю его не ниже Захарьина, только о нем не били в набат, как о последнем”. (П. Ф. Филатов).

Алексей Яковлевич Кожевников (1836 – 1902) после защиты докторской диссертации (1865) и загранич-

ной командировки (1866 – 1868) возглавил кафедру по нервным и душевным заболеваниям (1869 – 1899), основал московскую неврологическую школы и общество невропатологов и психиатров; описал особую форму эпилепсии, получившую название “кожевниковская эпилепсия”; занимался исследованием сравнительной анатомии нервной системы низших животных; построил психиатрическую и неврологическую клиники, Морозовский приют для лиц, страдающих хроническими заболеваниями нервной системы, и неврологический музей. И о нем В. Д. Тополянский приводит мнение профессора химии Московского университета В. В. Морковникова: “Кожевников представлял себя самую заурядную посредственность... Вообще это научный нуль”. Таково различие односторонних ученых и клиницистов.

Многообразие собранных воспоминаний воссоздает живую яркую картину двух выдающихся, дополняющих друг друга школ, выражающих сложную неоднозначную природу предмета изучения и используемых для этого методов и необходимость тех и других приемов, выстраиваемых в определенной последовательности в зависимости от задач и имеющихся возможностей.

Эта дополнительность хорошо видна на примере пропедевтики.

При наличии необходимого времени — двух часов для первичного исследования — предпочтителен подход Захарьина, т.е. необходима строгая система опроса последовательно зондирующая клинически значимый горизонт по всему кругу. Но при осуществлении этого опроса необходим подход С. П. Боткина, т.е. отношение к пациенту как физическому телу. Этот принцип приближает нас к знаменитому эпохй Гуссерля, т.е. воздержанию от суждения на время опроса и наблюдения.

В условиях дефицита времени, 20 – 30 минут на больного, неизбежен подход Боткина, т.е. эвристичное направление исследования, сосредотачивающееся на наиболее вероятном секторе поиска. Такой подход возможен только опытному специалисту. Начинаящим врачам поначалу необходим метод Захарьина.

Из традиционной последовательности обучения от факультетской терапии, хирургии, неврологии и психиатрии к госпитальным, т.е. от изучения болезней к индивидуальным больным, следует, что диагноз болезни проще, чем индивидуальный диагноз. На самом деле, наиболее простым и первым является синдромологический диагноз.

Попытка опустить это среднее звено, необходимую поэтапность постановки диагноза — уступка экспресс-диагностике за счет качества и уровня дифференциации, ведущая к смешению вместо выстраивания различных синдромологических структур.

К вопросу о коморбидности злокачественного нейролептического синдрома и нейролептической кардиомиопатии

В. П. Волков¹ (Тверская область)

Установлено, что у пациентов без кардиальной патологии злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) протекает чаще тяжело, но смертность составляет 69,2 %, в то время как у больных, имеющих нейролептическую кардиомиопатию (НКМП), течение ЗНС более лёгкое, но летальный исход наступает в 100 %. При этом в 64,5 % смерть связана с кардиальными причинами. Получены доказательства изменения адаптационного потенциала организма при шизофрении и влияния на него самой НКМП, в особенности при развитии ЗНС.

Ключевые слова: злокачественный нейролептический синдром; нейролептическая кардиомиопатия; коморбидность; адаптационный потенциал организма.

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) — сравнительно редкое витально опасное критическое расстройство, обусловленное приемом психотропных препаратов, в первую очередь, антипсихотических средств [29, 35, 37 – 40]. Повышенные требования к организму больного в ходе развития ЗНС отрицательно сказываются на состоянии сердечно-сосудистой системы, поэтому частой причиной летального исхода при ЗНС являются кардиальные осложнения [35, 37, 38, 40]. Особенно опасен ЗНС больным с уже имеющейся сердечной патологией, в частности, с нейролептической кардиомиопатией (НКМП), вызванной побочным кардиотоксическим действием, присущим в различной степени всем препаратам класса антипсихотиков [10, 33, 34]. В этом случае может наступить быстрая декомпенсация сердца, ремоделированного в ходе морфогенеза НКМП [6].

При этом большое значение имеет состояние адаптационного потенциала организма (АПО), определяющего уровень неспецифической резистентности последнего (НРО) [7]. В этой связи следует отметить, что кардиотоксическое действие нейролептиков приводит не только к серьёзному повреждению миокарда, но и существенно изменяет АПО пациентов [24]. С другой стороны, известно, что определённого рода кардиальная патология у психически здоровых лиц нередко сопровождается значительными нарушениями НРО [1].

Объективным методом изучения НРО является анализ интегральных лейкоцитарных индексов (ИЛИ) [22, 25, 27], отражающих состояние нейрогуморального гомеостаза в организме [8] и уровень иммунологической реактивности у больных разного возраста и при поражении различных органов [27].

Вместе с тем, использование показателей ИЛИ в психиатрической практике до настоящего времени

встречается редко. Так, лишь в единственной работе Б. Д. Цыганкова (1997) [29] приводятся изменения одного только показателя — лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) Я. Я. Кальф-Калифа [15] при фебрильных приступах шизофрении, куда автор включил и ЗНС.

Следует заметить, что состояние АПО при психических заболеваниях изучено далеко неполно [29], а при развитии у таких пациентов НКМП и ЗНС вообще не рассматривалось. Неисследованными остаются и вопросы коморбидности ЗНС и НКМП.

Цель настоящей работы — сравнительный анализ проявлений ЗНС и состояния НРО у психически больных в зависимости от наличия или отсутствия у них НКМП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены архивные истории болезни 57 психически больных с ЗНС (мужчин — 25, женщин — 32; средний возраст — $37,6 \pm 2,0$ лет). Из них у 26 (мужчин — 7, женщин — 19; средний возраст — $33,2 \pm 3,0$ года) не было кардиальной патологии (группа 1); 31 пациент (мужчин — 18, женщин — 13; средний возраст — $41,4 \pm 2,6$ года) страдал НКМП (группа 2).

Между указанными группами проведено сравнение гендерных и возрастных показателей, а также некоторых общих характеристик ЗНС: длительности фебрильного приступа, тяжести течения, уровня смертности, причин смерти. В сравнительном плане рассмотрены также вегето-соматические проявления ЗНС: выраженность лихорадки, частота пульса и дыхания, уровень систолического и диастолического артериального давления.

Кроме того, проанализированы данные анализов крови 44 психически больных из обеих групп (мужчин — 17, женщин — 27; средний возраст — $35,1 \pm 2,4$ лет). У 31 пациента была шизофрения, у 13

¹ Тверская областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М. П. Литвинова.

— другая психопатология. К 1-й группе наблюдений принадлежали 24 больных (мужчин — 6, женщин — 18; средний возраст — $30,3 \pm 2,4$ лет; шизофрения у 19). Из группы 2 были 20 пациентов (мужчин — 11, женщин — 9; средний возраст — $40,3 \pm 3,7$ лет; шизофрения у 12).

Уровень НРО оценивался по характеристике лейкоцитограммы периферической крови и показателям скорости оседания эритроцитов (СОЭ). По формулам, представленным в литературе [12, 16, 18, 19, 21, 23, 25, 27], соответственно классификации Т. В. Овсянниковой (2007) [20], рассчитывались различные ИЛИ: 1) **индексы интоксикации** — ранее упоминавшийся ЛИИ Я. Я. Кальф-Калифа (1941) [15]; модифицированный лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИм) В. К. Островского с соавторами (1983, 2006) [21, 22]; гематологический показатель интоксикации (ГПИ) по В. С. Васильеву и В. И. Комару (1983) [3]; реактивный ответ нейтрофилов (РОН) Т. Ш. Хабирова (2000) [28]; индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛК) по Н. И. Яблучанскому (1983) [32]; 2) **индексы неспецифической реактивности** — лейкоцитарный индекс (ЛИ) по Г. И. Казинцу и В. А. Монрову (1997) [14]; индекс адаптации (СПНР) по Л. Х. Гаркави с соавторами (1990, 1998) [8, 9]; индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ) В. М. Угрюмова (1974) [26]; индекс иммунореактивности (ИИР) Д. О. Иванова с соавторами (2002) [12]; индекс алергизации (ИА) Т. В. Кобеца с соавторами (2012) [13]; индекс резистентности организма (ИРО) О. С. Кочнева и Б. Х. Кима (1987) [17]; индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ) [18]; индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ) [18]; 3) **индексы активности воспаления** — лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ) по И. С. Шевченко с соавторами (1986) [30]; индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ) [18, 30].

Кроме того, изучены реакции адаптации (РА) и уровня реактивности (УР) организма по критериям Л. Х. Гаркави с соавторами (1998) [9]. При этом среди РА выделяли: реакцию тренировки (РТ), реакцию спокойной активации (РСА), реакцию повышенной активации (РПА), реакцию стресса (РС). Показатель УР имел следующие градации: высокий (ВУР), средний (СУР), низкий (НУР), очень низкий (ОНУР).

Поскольку в литературе имеются сведения об изменённой и даже извращённой реактивности организма при шизофрении [2, 11, 31], изучены показатели АПО с учётом нозологического профиля психически больных.

Полученные количественные данные обработаны статистически с помощью пакета прикладных компьютерных программ “Statistica 6.0”. Различия показателей считалось статистически достоверным при уровне значимости 95 % и более ($p \leq 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 1 обобщены и сравнены некоторые из характеристик ЗНС в изученных группах больных.

Анализ данных таблицы 1 показывает статистически значимые гендерные групповые различия. Так, в группе 1 соотношение мужчин и женщин составляет 1:2,7 ($p < 0,05$), в то время, как в группе 2 — 1:1,4 ($p > 0,05$). При этом мужчин среди больных с НКМП значительно больше, чем среди пациентов без кардиальной патологии ($p < 0,05$). Этот факт находится в соответствии с результатами наших предыдущих исследований [4, 5], в которых отмечено более частое поражение мужчин при развитии НКМП вследствие побочного кардиотоксического действия антипсихотических препаратов.

Возрастной состав в обеих группах наблюдений, на первый взгляд, одинаков — групповых различий в долях лиц до 40 лет и старше 40 лет нет ($> 0,05$). Однако в каждой из групп соотношения больных молодого и более старшего возраста различно. В группе 1 достоверно преобладают лица моложе 40 лет ($p < 0,05$), а в группе 2 этого не наблюдается ($> 0,05$), что сказывается на величине среднего возраста больных в группах, который существенно больше в группе 2 ($p < 0,05$). Это не вызывает удивления, так как для развития НКМП необходим определённый, достаточный длительный срок приёма нейролептиков.

По длительности фебрильного приступа ЗНС существенных различий между группами не обнаружено: частота случаев продолжительностью до 2, от 2 до 4 и свыше 4 недель одинакова ($> 0,05$). Вместе с тем,

Таблица 1. Частота проявлений ЗНС в изученных группах больных (%)

| Некоторые характеристики ЗНС | | 1 группа | 2 группа | p |
|------------------------------|--------------|----------|----------|--------|
| Пол | Мужской | 26,9 | 58,1 | < 0,05 |
| | Женский | 73,1 | 41,9 | < 0,05 |
| Возраст | < 40 лет | 65,4 | 45,2 | > 0,05 |
| | > 40 лет | 34,6 | 54,8 | > 0,05 |
| Степень тяжести приступа | < 2 недель | 53,8 | 51,6 | > 0,05 |
| | 2 – 4 недели | 34,7 | 22,6 | > 0,05 |
| | > 4 недель | 11,5 | 25,8 | > 0,05 |
| Степень тяжести течения | Легкая | 26,9 | 45,2 | > 0,05 |
| | Среднетяж. | 23,1 | 51,6 | < 0,05 |
| | Тяжелая | 50,0 | 3,2 | < 0,05 |
| Смертность | | 69,2 | 100 | < 0,05 |
| Причина смерти | Отек мозга | 44,4 | 29,0 | > 0,05 |
| | ГАР | 22,2 | 0 | < 0,05 |
| | Пневмония | 11,1 | 6,5 | > 0,05 |
| | Сепсис | 5,6 | 0 | > 0,05 |
| | ОСН | 16,7 | 25,8 | > 0,05 |
| | ХСН | 0 | 35,5 | < 0,05 |
| ОИМ | | 0 | 3,2 | > 0,05 |

число молниеносных приступов (длительностью менее 1 недели) статистически значимо ($p < 0,05$) выше среди больных с НКМП, чем без таковой (41,9 % против 11,5 % соответственно).

Интересные и несколько неожиданные результаты получены при анализе частоты фебрильных приступов ЗНС различной степени тяжести, течение которых разделено, согласно градации, предложенной Б. Д. Цыганковым (1997) [29], на лёгкий, средне-тяжёлый и тяжёлый варианты. Так, в группе 1 половина случаев (50,0 %) соответствует тяжёлому варианту течения приступа ЗНС, а в группе 2 примерно столько же (51,6 %) приходится на среднетяжёлый вариант и лишь 3,2 % на тяжёлый (различия показателей между группами статистически достоверны — $p < 0,05$).

Казалось бы, всё должно быть наоборот: у больных с отягощающей их состояние фоновой кардиальной патологией (НКМП) ЗНС должен бы протекать тяжелее. Однако в полученных данных заключён более глубокий, чем представляется на первый взгляд, смысл. В этой связи большое значение имеют показатели смертности от ЗНС. Если среди пациентов без кардиальной патологии она составила 69,2 %, то летальный исход наступил у всех больных (100 %) с НКМП.

Таким образом, больные группы 1, включающей большинство лиц молодого возраста и женского пола, более тяжело реагируют на побочное действие антипсихотиков, ведущее к развитию ЗНС. Но в то же время, они оказываются более устойчивыми к заболеванию, и почти треть из них выздоравливают. Напротив, пациенты группы 2, имеющие серьёзное поражение сердца вследствие кардиотоксичности тех же нейролептических препаратов, которые вслед за этим вызывают развитие у них ЗНС, плохо переносят новое лекарственно обусловленное критическое состояние, отражением чего служит его фатальный финал в 100 % случаев.

Становится понятным и отмеченное ранее преобладание среди больных этой группы числа молниеносных приступов ЗНС (длительностью менее 1 недели), быстро приводящих к летальному исходу. Есть также основание полагать, что пациентов обеих групп должны быть изменения и, возможно, различия в УР и состоянии АПО.

Характер непосредственных причин смерти при ЗНС во многом различен у больных изученных групп. Так, от острой сердечной недостаточности в группе 1 умерли всего лишь 16,7 % пациентов, в то время, как в группе 2 смерть при ЗНС обусловлена кардиальными причинами в 64,5 % случаев ($p < 0,05$). При этом более 35,5 % больных умерли от прогрессирования хронической сердечной недостаточности миокардиального генеза, имевшейся у них вследствие НКМП ещё до развития ЗНС. В отличие от этого, в группе 1 значительно чаще ($p < 0,05$) отмечались такие смертель-

ные осложнения, как воспалительные процессы и генерализованная аллергическая реакция (ГАР) [29], частота которых, в общей сложности, достигла 38,9 %. Отёк головного мозга вызывал летальный исход среди больных обеих групп примерно одинаково часто ($> 0,05$).

Клинические вегето-соматические проявления самого ЗНС (выраженность лихорадки, частота пульса и дыхания, уровень систолического и диастолического артериального давления) в группах 1 и 2 практически одни и те же ($> 0,05$). Однако, в плане ранее упомянутого предположения об изменённом УР организма при ЗНС у больных с НКМП, представляет определённый интерес тот факт, что у 40 % из них температурная реакция была минимальной (до 37,5 °С), хотя исход заболевания, как уже отмечалось, был всегда неблагоприятным.

Изучение УР и состояния АПО, определяющего общую НРО, при ЗНС у пациентов без кардиальной патологии и с наличием НКМП выявило определённые закономерности. В таблице 2 приведены результаты проведённого сравнительного анализа ИЛИ.

Как следует из данных таблицы 2, суммарно по всем наблюдениям 2/3 (66,67 %) всех ИЛИ статистически достоверно ($p < 0,05$) отличаются от нормальных значений, приводимых в литературе [1, 16, 18, 19, 23, 25]. Исключение составляет значения ИСЛК, ИИР, ИСНМ, ИСЛМ, ИЛСОЭ.

При ЗНС патологические изменения выявляются у 86,67 % ИЛИ, а при развитии ЗНС на фоне НКМП — в 73,33 %. В первом случае отклонения от нормы не имеют ЛИИ и ИСЛМ, во втором к ним добавляются ещё РОН и ИРО. Хотя отмеченные различия в приведённых процентах статистически не подтверждаются, всё же представляет интерес, почему значения РОН и ИРО при НКМП остаются в нормальных границах?

РОН является достаточно информативным, более чувствительным и менее подверженным погрешностям индексом, чем ЛИИ, позволяющим оценить степень тяжести эндогенной интоксикации [21, 25, 28]. Её выраженность отражает также и такой показатель, как ИРО [17, 19, 21, 25]. По-видимому, у больных с НКМП (группа 2), возраст которых существенно превышает таковой в группе 1, более длительный приём нейролептиков привел к формированию каких-то адаптационных механизмов, позволяющих понизить уровень эндогенной интоксикации, свойственной клинической манифестации ЗНС. Интересно, что нарастание АПО по мере удлинения срока нейролептической терапии отмечено нами ранее при изучении данного вопроса методом кардиоинтервалографии [24].

У всех психически больных с НКМП (группа 2) по сравнению с пациентами без патологии сердца (группа 1) наблюдаются различия по 10 из 15 ИЛИ (66,67 %). При этом одни из них (ЛИИ, ЛИИм, ГПИ, РОН, ИСНЛ) повышаются, а другие (ЛИ, СПНР, ИА,

Таблица 2. Интегральные лейкоцитарные индексы при ЗНС и ЗНС на фоне НКМП

| ИЛИ | Шизофрения | | | Др. психические заболевания | | | Общие данные | | |
|------------------|----------------|---------------|--------|-----------------------------|----------------|--------|----------------|----------------|--------|
| | ЗНС | ЗНС+ НКМП | p | ЗНС | ЗНС+ НКМП | p | ЗНС | ЗНС+ НКМП | p |
| ЛИИ | 1,92 ± 0,38 | 3,62 ± 0,81 | < 0,05 | 2,30 ± 0,59 | 2,90 ± 0,50 | > 0,05 | 2,0 ± 0,32 | 3,33 ± 0,52 | < 0,05 |
| ЛИИ _м | 3,14 ± 0,45 | 4,35* ± 0,66 | < 0,05 | 3,82 ± 0,82 | 3,09* ± 0,38 | > 0,05 | 3,28 ± 0,39 | 3,85 ± 0,44 | < 0,05 |
| ГПИ | 3,93 ± 1,16 | 8,23 ± 2,54 | < 0,05 | 4,09 ± 1,53 | 6,49 ± 1,34 | < 0,05 | 3,96 ± 0,96 | 7,53 ± 1,60 | < 0,05 |
| РОН | 7,13 ± 3,23 | 16,57* ± 6,59 | < 0,05 | 4,31 ± 1,02 | 4,16* ± 0,73 | > 0,05 | 6,54 ± 2,56 | 11,60 ± 4,14 | < 0,05 |
| ИСЛК | 3,84 ± 0,67 | 4,90* ± 0,62 | < 0,05 | 4,02 ± 0,86 | 3,13* ± 0,36 | > 0,05 | 3,88 ± 0,55 | 4,19 ± 0,44 | > 0,05 |
| ЛИ | 0,30 ± 0,03 | 0,22 ± 0,04 | < 0,05 | 0,27 ± 0,08 | 0,28 ± 0,04 | > 0,05 | 0,29 ± 0,03 | 0,24 ± 0,03 | < 0,05 |
| СПНР | 0,31 ± 0,03 | 0,23 ± 0,04 | < 0,05 | 0,27 ± 0,08 | 0,28 ± 0,04 | > 0,05 | 0,30 ± 0,03 | 0,25 ± 0,03 | < 0,05 |
| ИСНЛ | 4,16 ± 0,61 | 6,90* ± 1,22 | < 0,05 | 4,92 ± 0,99 | 4,17* ± 0,56 | > 0,05 | 4,32 ± 0,52 | 5,81 ± 0,81 | < 0,05 |
| ИИР | 5,36 ± 0,61 | 5,87 ± 1,33 | > 0,05 | 5,18 ± 1,14 | 4,81 ± 1,22 | > 0,05 | 5,33 ± 0,53 | 5,44 ± 0,92 | > 0,05 |
| ИА | 0,56 ± 0,04 | 0,47 ± 0,11 | > 0,05 | 0,50 ± 0,13 | 0,42 ± 0,06 | > 0,05 | 0,55 ± 0,04 | 0,45 ± 0,07 | < 0,05 |
| ИРО | 289,48* ± 45,0 | 90,52 ± 11,04 | < 0,05 | 132,45* ± 37,06 | 115,05 ± 31,73 | > 0,05 | 256,77 ± 38,48 | 100,33 ± 14,08 | < 0,05 |
| ИСНМ | 20,84 ± 4,47 | 29,97* ± 7,69 | > 0,05 | 24,42 ± 7,7 | 17,59* ± 4,24 | > 0,05 | 21,59 ± 3,82 | 25,02 ± 5,01 | > 0,05 |
| ИСЛМ | 4,95 ± 0,57 | 5,54 ± 1,30 | > 0,05 | 4,92 ± 1,11 | 4,74 ± 1,19 | > 0,05 | 4,94 ± 0,50 | 5,22 ± 0,90 | > 0,05 |
| ИЛГ | 2,94 ± 0,26 | 1,94* ± 0,28 | < 0,05 | 2,61 ± 0,8 | 2,73* ± 0,37 | > 0,05 | 2,87 ± 0,26 | 2,26 ± 0,24 | < 0,05 |
| ИЛСОЭ | 20,34 ± 2,77 | 20,76 ± 2,44 | > 0,05 | 19,61 ± 2,93 | 22,33 ± 5,03 | > 0,05 | 20,19 ± 2,25 | 21,39 ± 2,41 | > 0,05 |
| Число случаев | 19 | 12 | | 5 | 8 | | 24 | 20 | |

Примечание: * — статистически значимое различие у больных шизофренией и другой психопатологией в каждой из групп наблюдений (при ЗНС и при ЗНС на фоне НКМП).

ИРО, ИЛГ) снижаются. Статистически одинаковыми остаются в обеих группах 5 индексов: ИСЛК, ИИР, ИСНМ, ИСЛМ, ИЛСОЭ.

Эти данные указывают на определённые нарушения НРО у психически больных с НКМП, особенно ярко проявляющиеся при развитии у них ЗНС. В этом освещении становится понятным, почему у данных больных приступы ЗНС протекают относительно легче, чем в группе 1, и в значительном числе случаев без выраженной лихорадки. Единственным объяснением крайне плохого исхода ЗНС в группе 2 может быть только наличие у данных пациентов тяжёлой фоновой сердечной патологии в виде НКМП.

Изучение показателей АПО с учётом нозологического профиля психически больных показало, что при различных психозах, не относящихся к шизофрении, в группах пациентов с НКМП и без таковой выявлены статистически значимые различия лишь по величине ГПИ. Напротив, при шизофрении указанные различия касались 66,67 % изученных индексов (кроме ИИР, ИА, ИСНМ, ИСЛМ, ИЛСОЭ), что, бесспорно, указывает на серьёзное влияние шизофренического процесса на АПО, особенно выраженное при наличии у таких больных ранее развившейся НКМП.

При развитии ЗНС у больных 1-й группы не выявлено статистически значимых различий в показателях ИЛИ у больных шизофренией и другой психопатологией, что согласуется с данными, полученными в предыдущих исследованиях [7]. Исключением является лишь величина ИРО, статистически достоверно повышенная при шизофрении, что говорит о наличии

сравнительно высокого уровня АПО тех больных шизофренией, у которых развивается ЗНС [7], и находит подтверждение в концепции, придающей, согласно адаптационной теории Г. Селье, большое значение в патогенезе ЗНС развитию симпатоадреналовой гиперактивности и вегетативной дисфункции [36, 38, 39].

Напротив, во 2-й группе больных, у которых манифестация ЗНС проходила на фоне сердечной патологии, обусловленной побочным кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов, чётко прослеживается отягчающее влияние шизофренического процесса на состояние АПО. Существенные и достоверные различия ИЛИ касаются здесь сразу 6 показателей: ЛИИ_м, РОН, ИСЛК, ИСНЛ, ИСНМ и ИЛГ, характеризующих как степень эндогенной интоксикации, так и УР организма пациентов [18, 20, 21, 25, 27]. Этот факт ещё раз подтверждает имеющиеся сведения об изменениях НРО у больных шизофренией [2, 11, 31], а также указывает на несомненное влияние самой НКМП на АПО.

Анализ параметров, характеризующих РА и УР организма [9] психически больных при развитии у них ЗНС, в том числе, на фоне НКМП, показал отсутствие каких-либо различий изученных показателей в обеих группах больных. Характер спектра РА и значения УР не зависят также от нозологического профиля пациентов.

Так, в целом, среди градаций РА преобладают РС (54,5 %) и РТ (34,1 %); реже встречается РСА (9,1 %) и ещё реже РПА (2,3 %). При этом представленные

показатели, кроме РТ, статистически значимо отличаются от нормальных, приводимых в литературе [1].

В подавляющем большинстве случаев (86,4 %) выявлен НУР, что свидетельствует о напряжённости РА и о функциональном дисбалансе регуляторных систем организма, обеспечивающих гомеостаз [1, 8, 9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, данные, полученные в ходе проведённого исследования, показывают, что пациенты без кардиальной патологии, хотя и более тяжело переносят ЗНС, оказываются сравнительно устойчивыми к заболеванию, и почти треть из них выздоравливают. Напротив, у больных, имеющих НКМП, ЗНС протекает относительно легко, но в 100 % приводит к летальному исходу.

Единственным объяснением этого может быть наличие у данных пациентов тяжёлой фоновой сердечной патологии в виде НКМП. Подтверждает это положение и тот факт, что смерть таких больных при ЗНС в 64,5 % связана с кардиальными причинами, в первую очередь, с прогрессированием хронической сердечной недостаточности миокардиального генеза, имевшейся у них вследствие НКМП ещё до развития ЗНС.

Результаты изучения УР и АПО говорят об имеющихся определённых нарушениях НРО у психически больных при развитии ЗНС, особенно ярко проявляющихся при наличии у них НКМП. Вместе с тем, прослеживается также серьёзное влияние самого шизофренического процесса на АПО, наиболее выраженное у пациентов с НКМП. Эти факты не только ещё раз подтверждают имеющиеся сведения об изменениях НРО у больных шизофренией, но также указывает на несомненное влияние самой НКМП на АПО, в особенности при развитии ЗНС.

Кроме того, анализ параметров, характеризующих РА и УР организма психически больных при развитии у них ЗНС, в том числе, на фоне НКМП, выявил выраженные признаки напряжённости РА, что свидетельствуют о функциональном дисбалансе регуляторных систем организма, обеспечивающих гомеостаз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин В. В., Калинин М. Н., Вороня Ю. Л. Показатели иммунной системы у больных с нарушениями сердечного ритма // Рос. кард. журн. — 2001. — № 6. — С. 42 – 45.
2. Вартамян М. Е. Биологические нарушения и их генетическая детерминация / Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование: под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — Гл. 9. — С. 338 – 379.
3. Васильев В. С., Комар В. И. Критерии оценки тяжести болезни и выздоровления при скарлатине // Здоровоохранение Белоруссии. — 1983. — № 2. — С. 38 – 40.
4. Волков В. П. Фенотиазиновая дилатационная кардиомиопатия: некоторые аспекты клиники и морфологии // Клин. мед. — 2009. — № 8. — С. 13 – 16.

5. Волков В. П. Особенности электрокардиограммы при фенотиазиновой кардиомиопатии // Клин. мед. — 2011. — № 4. — С. 27 – 30.
6. Волков В. П. Нейролептическая кардиомиопатия и злокачественный нейролептический синдром: две стороны одной медали // Актуальные вопросы медицинской науки: материалы международной заочной научно-практической конференции (05 сентября 2012 г.). — Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов, 2012. — С. 14 – 23.
7. Волков В. П. Неспецифическая резистентность организма при злокачественном нейролептическом синдроме // Вопросы современной медицины: материалы международной заочной научно — практической конференции (11 февраля 2013 г.). — Новосибирск: СибАК, 2013. — С. 43 – 50.
8. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма. — 2-е изд., доп. — Ростов-на-Дону: Изд-во Ростов. ун-та, 1990. — 224 с.
9. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Кузьменко Т. С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. — М.: ИМЕДИС, 1998. — 656 с.
10. Дробижев М. Ю. Кардиологические проблемы переносимости и безопасности нейролептика // Психиат. психофармакотер. — 2004. — Т. 6, № 2. — С. 13 – 17.
11. Ефимова О. В. Изменение неспецифической реактивности организма больных шизофренией и другими психическими заболеваниями в процессе аминазинотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук Ижевск, 1965. — 16 с.
12. Иванов Д. О. Клинико-лабораторные варианты течения сепсиса новорожденных: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2002. — 62 с.
13. Интегральные лейкоцитарные индексы как критерий оценки тяжести течения эндогенной интоксикации и эффективности проводимого лечения у детей с атопическим дерматитом / Кобец Т. В., Гостищева Е. В., Кобец А. А. [и др.] // Республиканская научно-практическая конференция “От научных разработок к внедрению в практику: педиатрия и детская хирургия”. Алушта, 4 – 5 октября 2012. — [Электронный ресурс]. URL: <http://drcobez.narod.ru/st025.htm> (дата обращения 03.12.2012).
14. Исследование системы крови в клинической практике / под ред. Г. И. Казинца и В. А. Монрова. — М.: Триада-Х, 1997. — 301 с.
15. Кальф-Калиф Я. Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении // Врачебное дело. — 1941. — № 1. — С. 31–35.
16. Киеня А. И., Банджевский Ю. А. Здоровый человек: основные показатели. — Минск: Экоперспектива, 1997. — 36 с.
17. Кочнев О. С., Ким Б. Х. Дренирование грудного лимфатического протока при перитоните // Хирургия. — 1987. — № 3. — С. 44 – 48.
18. Мустафина Ж. Г., Крамаренко Ю. С., Кобцева В. Ю. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности организма у больных с офтальмопатологией // Клин. лаб. диагностика. — 1999. — № 5. — С. 47–48.
19. Объективная оценка тяжести состояния больных и прогноз в хирургии / Гайн Ю. М., Хулуп Г. Я., Завада Н. В. и [др.]. — Минск: БелМАПО, 2005. — 299 с.
20. Овсянникова Т. В. Особенности нарушения гемолимфоциркуляции в патогенезе обострения хронического воспалительного процесса органов малого таза у женщин и их коррекции лимфогенными технологиями: автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Новосибирск, 2007. — 37 с.
21. Островский В. К., Свитич Ю. М., Вебер В. Р. Лейкоцитарный индекс интоксикации при острых гнойных и воспалительных заболеваниях легких // Вестн. хирургии. — 1983. — Т. 131, № 11. — С. 21 – 24.
22. Показатели крови и лейкоцитарного индекса интоксикации в оценке тяжести и определении прогноза при воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных заболеваниях / Остро-

- вский В. К., Машенко А. В., Янголенко Д. В. [и др.] // Клин. лаб. диагностика. — 2006. — № 6. — С. 50 – 53.
23. Походенько-Чудакова И. О., Казакова Ю. М. Прогнозирование течения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области: учеб.-метод. пособие. — Минск: БГМУ, 2008. — 28 с.
24. Росман С. В., Волков В. П., Рябова М. Н. Первый опыт применения кардиовизора для контроля кардиотоксичности нейролептиков // Современные проблемы медицины: теория и практика: материалы международной заочной научно-практической конференции (05 ноября 2012 г.). — Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов, 2012. — С. 16 – 26.
25. Сперанский И. И., Самойленко Г. Е., Лобачева М. В. Общий анализ крови — все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения эндогенной интоксикации, ее осложнений и эффективности проводимого лечения // Здоровье Украины. — 2009. — № 6 (19). — С. 51 – 57.
26. Тяжелая закрытая травма черепа и головного мозга (диагностика и лечение) / под ред. В. М. Угрюмова. — М.: Медицина, 1974. — 328 с.
27. Федорова О. И. Особенности нарушения состояния периферической крови у больных пожилого возраста с внебольничной пневмонией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 2011. — 26 с.
28. Хабиров Т. Ш. Уровень реактивного ответа нейтрофилов как показатель степени тяжести эндогенной интоксикации при абдоминальном сепсисе // Труды IX конгрессу СФУЛТ. — Луганськ, 2002. — С. 223.
29. Цыганков Б. Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. — М.: Норма, 1997. — 232 с.
30. Шевченко С. И. с соавт., 1986. — Цит. по 27.
31. Шизофрения / Наджаров Р. А., Тиганов А. С., Смудевич А. Б. [и др.] // Руководство по психиатрии: под ред. Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. I. — Разд. III, гл. 1. — С. 420 – 485.
32. Яблучанский Н. И., Пилипенко В. А., Кондратенко П. Г. Индекс сдвига лейкоцитов крови как маркер реактивности организма при остром воспалении // Лаб. дело. — 1983. — № 1. — С. 60 – 61.
33. Antipsychotic drugs and heart muscle disorder in international pharmacovigilance: data mining study / Coulter D. M., Bate A., Meyboom R. H. B. [et al.] // Br. Med. J. — 2001. — V. 322. — P. 1207 – 1209.
34. Buckley N. A., Sanders P. Cardiovascular adverse effects of antipsychotic drugs // Drug Saf. — 2000. — V. 23. — P. 215 – 228.
35. Gupta S., Nihalani N. D. Neuroleptic malignant syndrome: a primary care perspective // J. Clin. Psychiatry. — 2004. — V. 6, N. 5. — P. 191 – 194.
36. Gurrera R. J. Sympathoadrenal hyperactivity and the etiology of neuroleptic malignant syndrome // Am. J. Psychiatry. — 1999. — V. 156, N. 2. — P. 169 – 180.
37. Hall R. C. W., Hall R. C. W., Chapman M. Neuroleptic malignant syndrome in the elderly: diagnostic criteria, incidence, risk factors, pathophysiology, and treatment // Clin. Geriatrics. — 2006. — V. 14, № 5. — P. 39 – 46.
38. Hambergren D. J. Neuroleptic malignant syndrome: an online resource for healthcare providers. The university of Arizona; 2006. — 61 p.
39. Strawn J. R., Keck P. E. Jr., Caroff S. N. Neuroleptic malignant syndrome // Am. J. Psychiatry. — 2007. — V. 164, N. 6. — P. 870 – 876.
40. Tonkonog J., Sholevar D. P. Neuroleptic malignant syndrome // eMedicine 2010. [Электронный ресурс]. Дата обновления: 07.05.2010. — URL: medscape.com / article / 288482-overview (дата обращения 20.10.2010).

Тематическая конференция Всемирной психиатрической ассоциации
Психическое здоровье и психические расстройства в Евразии

29 – 31 августа 2013 г., Ереван

www.apnet.am/wpa2013

22-ой Конгресс Европейской психиатрической ассоциации

**В ФОКУСЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПСИХИАТРИИ
— ТЕЛО И РАЗУМ**

1 – 4 марта 2014 г., Мюнхен, Германия

www.epa-congress.org

Роль психотерапии в комплексном лечении женщин, страдающих алкоголизмом и аффективными расстройствами

И. В. Шлёмина¹

Аффективные нарушения широко распространены среди пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. Общепризнана важность комплексного подхода и эффективность комбинации психофармакотерапии и психотерапии в лечении коморбидной патологии. Психотерапия также является важным компонентом комплексного лечения женщин, страдающих аффективной патологией в сочетании с алкоголизмом. Показано, что применение интегративных методов психотерапии в комплексе лечебных мероприятий, включающих антидепрессивную терапию и методы специфической антиалкогольной терапии, позволяет улучшить качество и продолжительность ремиссий.

Ключевые слова: Алкогольная зависимость, аффективные расстройства, психотерапия.

Расстройства аффективного спектра в виде депрессивных, тревожно-депрессивных состояний эндогенного и невротического генеза часто коморбидны алкогольной аддикции. Так, по данным различных авторов, частота депрессивных расстройств среди больных алкоголизмом находится в диапазоне от 30 до 65 % [1, 2]. Частота депрессий у женщин, страдающих алкоголизмом, в 2 раза выше, чем у мужчин, злоупотребляющих алкоголем [3]. Течение алкогольной зависимости у женщин отличается рядом особенностей. В настоящее время изучение женского алкоголизма приобретает особую актуальность в связи с увеличением числа женщин, страдающих этим заболеванием и обнаруживающих выраженные психосоциальными последствия злоупотребления алкоголем. У женщин, больных алкоголизмом, отмечается большая (по сравнению с мужчинами) выраженность личностных нарушений и более низкий уровень социально-психологической адаптации [6].

В настоящее время большинством исследователей подчеркивается ведущая роль психотерапии в комплексном лечении больных, страдающих алкоголизмом. Особую роль психотерапевтические методы играют и в лечении женщин, страдающих одновременно алкогольной зависимостью и аффективными расстройствами. Это связано, главным образом, с особенностями коморбидных расстройств и их влиянием на течение аддикции.

Задачи психотерапии больных алкоголизмом на первом этапе лечения, прежде всего, связаны с формированием у пациентов мотивации на лечение, выработки установки на трезвость, и осознанной потребности радикально изменить свой образ жизни. В последующем важными составляющими являются преодоление алкогольной анозогнозии, формирование адекватного отношения к болезни и установки на полное воздержание от употребления спиртного. Не

менее важным элементом работы является формирование противорецидивных навыков. В дальнейшем, на первый план выходят задачи, относящиеся к коррекции последствий эмоциональных конфликтов, межличностных и интрапсихических проблем, а также воздействие на самооценку.

Цель настоящего исследования: оценить роль психотерапии в комплексной терапии у женщин с сочетанной алкогольной и аффективной патологией на различных этапах лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 14 женщин, в возрасте от 22 до 55 лет, проходивших стационарное лечение в отделении психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости. У большинства обследованных был сформирован ААС (11 чел.). Чаще всего (8 чел.) пьянство носило запойный характер, с различной продолжительностью запойных периодов, непрерывный тип употребления спиртного был зарегистрирован у 6 чел. Длительность существования алкоголизма колебалась от 3 до 15 лет. Все пациентки к моменту обследования ранее обращались за медицинской помощью (амбулаторной или стационарной) в связи со злоупотреблением алкоголем и были не удовлетворены результатами лечения в связи с краткосрочностью ремиссий или отсутствием состояния психического комфорта в периоды трезвости.

В диагностическом плане регистрировался широкий спектр патологии. Рекуррентное депрессивное расстройство диагностировано в 3 случаях, биполярное аффективное расстройство (с преобладанием депрессивных фаз) — у 3 чел. Депрессивные нарушения в сочетании с генерализованным тревожным расстройством были выявлены у 2 чел., шизотипическое расстройство с преобладанием аффективных нарушений — 2 чел. В двух случаях диагностировались тяжёлые депрессивные реакции на стресс, дистимия — у 2 чел.

¹ МНИИ психиатрии Росздрава, отделение психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости.

Во всех случаях алкоголизация приводила к появлению социальной и семейной дезадаптации. Все пациентки обладали достаточно высоким образовательным уровнем, имея высшее (9 чел.), неоконченное высшее (2 чел.) и среднее специальное образование (3 чел.), при этом у большинства из них (9 чел.) отмечалось значительное снижение профессиональной квалификации, работа не по профессии, а также более или менее длительное отсутствие таковой. Неблагоприятные последствия заболевания оказывали свое влияние и на семейные отношения, приводя к возникновению конфликтов, нарушению взаимоотношений. В ряде случаев семейные отношения разрушались — 4 пациентки были разведены, в 2 случаях брак был повторным. 3 чел. никогда не вступали в брачные отношения.

Появление аффективных расстройств у обследованных пациенток обычно предшествовало формированию зависимости от алкоголя. Аффективные расстройства чаще всего относились к депрессивному полюсу, у части больных в течение жизни (6 чел.) отмечались аффективные колебания обоих полюсов. Они носили неразвернутый, рудиментарный характер и проявлялись в основном в виде суточных колебаний настроения, кратковременных беспричинных расстройств настроения и легкости возникновения депрессивных переживаний в ответ на психотравмирующие ситуации. По мере усиления алкоголизации эти расстройства становились более отчетливыми и продолжительными. Начало эпизодического употребления алкоголя у большинства пациенток происходило «ритуально» — чаще всего на работе или за компанию с мужьями, в последующем, по мере формирования зависимости, все больные переходили к пьянству в одиночестве.

Наиболее часто депрессии, возникающие во время ремиссий алкоголизма, относились к категории субдепрессий, имеющих стертую, полиморфную, нечеткую структуру. Обострение депрессивных состояний нередко могло быть связано с актуализацией конфликтных жизненных ситуаций. В таком случае в ответ на стрессовые ситуации пациентки отмечали возникновение пониженного настроения, нередко с тревожными, тоскливыми или дисфорическими включениями. Подобные состояния могли приводить к усилению влечения к спиртному, и, в последующем, к рецидиву заболевания. В некоторых случаях депрессивные нарушения возникали спонтанно, без внешних стимулов. В дальнейшем, аффективные расстройства (прежде всего депрессивные) провоцировали возникновение рецидивов алкоголизма, а злоупотребление алкоголем, в свою очередь, утяжеляло аффективные расстройства.

Структура депрессивных расстройств характеризовалась наличием тревожных, астенических, тоскливо-апатических компонентов. Нередко возникали дисфорические состояния, когда, помимо сниженного на-

строения, возникали раздражительность, конфликтность. В большинстве случаев пациентки отмечали значительное усиление влечения к алкоголю в периоды развития депрессивных нарушений. Тревно-депрессивные состояния характеризовались сочетанием пониженного настроения с тревогой, а потребность в алкоголе была связана со стремлением избавиться от беспокойства и неуверенности. Усиление тревожных проявлений в вечернее время также приводило к увеличению доз употребляемого спиртного. Алкоголь оказывал антидепрессивное, анксиолитическое и снотворное действие. Во время развития астено-депрессивных состояний, характеризовавшихся чувством усталости, вялости и повышенной истощаемостью, и тоскливо-апатических состояний с пассивностью, потерей интересов, мотивом употребления алкоголя оказывалось желание облегчить состояние. В этих случаях пациентки использовали спиртное в качестве антидепрессивного и адаптогенного средства. Алкоголь оказывал также стимулирующее действие, на короткий период повышая работоспособность и активность. При возникновении депрессий с дисфорическим компонентом больные употребляли спиртное для снижения внутреннего напряжения, раздражительности. При значительном углублении депрессивных нарушений пациентки, как правило, прекращали употреблять алкоголь.

В большинстве случаев длительность периодов воздержания от алкоголя после лечения была относительно небольшой (чаще всего не более нескольких месяцев) и возобновление пьянства во многом было связано с обострением аффективных расстройств. У пациенток с длительными периодами непрерывного злоупотребления спиртным депрессивные фазы за годы злоупотребления алкоголем приобретали континуальное течение.

После прекращения приема алкоголя происходило углубление расстройств настроения, обострялись тревожные, астенические и фобические расстройства. В большинстве случаев отличительной чертой ААС являлась слабая выраженность соматоневрологических симптомов и преобладание психических нарушений. Чаще всего возникало пониженное настроение, сочетающееся с внутренним напряжением, снижением побуждений. Нередко наблюдались раздражительность и эмоциональная неустойчивость. Нарушения настроения оказывались гораздо более продолжительными, чем соматовегетативные проявления.

Ко времени начала психотерапевтического лечения у всех пациенток был купирован ААС, проводилась медикаментозная терапия. Психотерапевтическая беседа проводилась только с согласия пациенток. В зависимости от этапа лечения — стационарного или амбулаторного — различалась и структура психотерапевтических сессий, задачи и ориентация. На начальном этапе работы выяснялись мотивы обращения за наркологической помощью,

уточнялся анамнез, изучалась внутренняя картина заболевания, проводилась разъяснительная и информирующая беседа, формулировались цели терапии. На первом этапе, когда уже исчезли проявления абстинентного синдрома, необходимой частью работы было преодоление отрицания болезни, осознание потерь от употребления алкоголя, и принятие пациентами на себя ответственности за свою трезвость.

Важным моментом в последующей работе являлся анализ деструктивных психологических защит и работа, направленная на их преодоление. Сущность проблемы состоит в том, что сначала личность использует алкоголь для удовлетворения своих фрустрированных потребностей суррогатным, но безопасным способом, потом болезнь как бы использует личность для своего развития и существования. При этом вырабатываются защитные механизмы, поддерживающие зависимое поведение. Со временем личность постепенно начинает использовать эти механизмы вместо существовавших у нее ранее, более разнообразных, гибких, и часто более зрелых защит, способствующих хорошей адаптации в жизни, поскольку основной потребностью становится не развитие и деятельность, а употребление алкоголя.

Преодоление отрицания болезни (самого деструктивного компонента психологической защиты) в дальнейшем нередко приводит к возникновению рационализации — когда пациент начинает признавать у себя наличие алкогольной зависимости, но создает целую систему рационального объяснения возникновения этой зависимости. Нередко смысл такого объяснения состоит в перекладывании ответственности на окружающих, родственников, сослуживцев, особые обстоятельства т.д. Наиболее конструктивным оказывался переход психологической защиты в компенсацию (сублимацию), когда пациентки начинали компенсировать ситуацию “бывшего алкоголика” развитием социально одобряемых качеств, таким образом достигая успехов в социальной активности, творчестве, освоении новых видов деятельности и т.д.

С частью пациенток психотерапевтическая работа ограничивалась одним-двумя сеансами во время нахождения в стационаре. В таких случаях основными составляющими бесед, помимо преодоления анозогнозии, являлись определение основных целей после выписки из стационара, выполнение домашних заданий на структурирование времени и обсуждение планов пациентки в отношении “освобождающегося” от алкоголя времени. Всем пациенткам предлагалось продолжение работы в амбулаторном режиме.

Большая часть пациенток была настроена на краткосрочные психотерапевтические воздействия и изначально наблюдался отказ от участия в долгосрочной психотерапии. С начала работы у части пациенток (8 чел.) отмечалась длительная полоса безуспешной борьбы и существенное разочарование в себе и в возможности каких-то изменений, а в результате отсут-

ствовала установка на успех. Причиной очередного обращения за лечением являлось, в первую очередь, давление родственников. Интеллектуальный потенциал пациенток был на достаточно высоком уровне, что подтверждалось с помощью экспериментально-психологического обследования.

В ряде случаев изначальная ориентация пациенток была направлена исключительно на лечение с помощью запретительных завершающих методик. Однако, при сочетании аффективных нарушений с алкогольной зависимостью эти методики нередко оказывались недостаточно эффективными поскольку в период отказа от употребления алкоголя пациентки оставались один на один с особенностями своего характера, прежними нерешенными конфликтными ситуациями и дисфункциональными способами реагирования на них. Это приводило к обострению депрессивной симптоматики и, в дальнейшем, возобновлению употребления алкоголя. Поэтому обязательным компонентом работы являлась переориентировка пациенток на выявление ведущих тенденций характера, личности, сыгравших роль в приобщении к алкоголю и длительную работу с этими факторами. Но не только личные особенности и характер аффективной патологии, а и сочетание их с актуальной ситуацией, являлись мишенью психотерапии. Задача состояла в нахождении наилучших для каждого типа личности путей и способов организации жизни и деятельности, вариантов компенсации характера за счет других характерологических и поведенческих особенностей.

У части пациенток в структуре ААС и депрессивных переживаний отсутствовали идеи самообвинения, вектор вины при этом был направлен на окружающих. В этих случаях инициаторами направления на лечение становились родственники. В дальнейшем такие больные, как правило, декларировали завышенные ожидания от врача, позицию “пусть меня вылечат” без желания прилагать какие-либо усилия со своей стороны. В этих случаях отмечались заметная негативистическая установка в отношении лечения, отказ от продолжения психотерапевтической работы.

Пациентки, продолжавшие психотерапевтические занятия, на последующем этапе лечения обучались определять и дифференцировать свои эмоции и преодолевать алекситимию. Подчеркивалась необходимость своевременного и адекватного отреагирования эмоций, умения контролировать и не бояться их, необходимость научиться устранять эмоциональное напряжение без приема алкоголя. Важной составляющей работы являлось формирование противоречивых навыков. Мероприятия, направленные на предотвращение “срыва” заключались в разъяснительных, насыщенных информацией беседах. Пациенткам разъяснялись проявления предвестников алкогольных срывов, указывалось на необходимость активного отслеживания этих состояний и самостоятельного влияния на них, при необходимости макси-

мально быстрого обращения к лечащему врачу для предотвращения алкогольного срыва или усиления аффективных нарушений. Подчеркивалась также необходимость приема рекомендованных препаратов (антидепрессанты, нормотимики и т.д.). Поскольку основным поводом обращения за помощью в большинстве случаев являлось злоупотребление алкоголем, аффективная патология нередко недооценивалась пациентками, что могло обуславливать нерегулярность приема лекарств. На этом этапе наиболее активно использовались методики когнитивно-поведенческой психотерапии. Пациентки получали домашние задания — вести специальные дневники, в которых требовалось составлять списки различных ситуаций, провоцирующих тягу к алкоголю и изменения эмоционального состояния. Обращалось внимание пациенток на то, что нарушения настроения могут привести к возобновлению алкоголизации и вторичному обострению депрессивных нарушений. В последующем, на основании полученных данных, совместному анализу подвергались отслеживаемые пациентками дисфункциональные установки, проводилась их коррекция с созданием новых, более адаптивных когнитивных конструкций. Наибольшее внимание уделялось тем установкам, которые могли оказывать влияние на эмоциональное состояние, подчеркивалась ценность и необходимость длительной систематической работы для преодоления сложившихся стереотипов эмоционального реагирования и поведения. На поведенческом уровне это реализовывалось в виде освоения альтернативных навыков: постановки и реализации целей, планирования своей жизни, асертивного поведения, разрешения конфликтов без использования алкоголя, повышения разнообразия форм досуга, активации прошлых и обретения новых интересов и увлечений.

Особое значение имело последовательное овладение больными различными методиками релаксации. Исходили из того, что с физиологической точки зрения релаксация является противоположностью симпатической стрессовой реакции и способствует нормализации психофизиологического функционирования. Использовались два метода самостоятельно вызываемой релаксации — нервно-мышечная релаксация и дыхательные упражнения. Нервно-мышечная релаксация достигалась с помощью комплекса упражнений, направленных на уменьшение повышенного мышечного тонуса, который напрямую связан с различными формами отрицательного эмоционального возбуждения. Произвольная регуляция дыхания, включающая приемы диафрагмального дыхания, является одним из способов устранения чрезмерного напряжения. Эти способы регуляции эмоционального состояния оказались важным инструментом в нормализации возникавших неустойчивых состояний.

Большое внимание уделялось формированию устойчивой трезвеннической установки, основанной на

осознании необходимости абсолютной трезвости, не ограниченной каким-либо сроком. В беседах с больными подробно обсуждалась необходимость проявлять неуступчивость в алкогольных ситуациях, выстраивались оптимальные варианты позиционирования своей трезвости, а также пути решения задач, встающих перед больными после окончания активной фазы антиалкогольного лечения. Говорилось о необходимости поиска ценности и смысла в повседневной жизни, прогнозированию, планированию своей жизни в более активном и содержательном направлениях.

Удалось проследить катмнез у 4-х пациенток, с которыми психотерапевтическая работа ограничилась одним-двумя занятиями, проведенными в период госпитализации. В этих наблюдениях характерна была ориентация пациенток на подбор “правильной” фармакотерапии, уверенность в том, что отказ от алкоголя “получится сам собой”. Отмечалось значительное сопротивление при обсуждении альтернативных способов совладания со стрессовыми ситуациями, формировании дальнейших целей, наблюдалось отсутствие критики к собственным дисфункциональным установкам и предъявление значительных требований к окружающим, не соответствующих по своему поведению ожиданиям пациенток, наличие манипулятивного запроса на изменение “других”. Эти пациентки также отказывались и от проведения “завершающих” методик. Во всех четырех наблюдениях отмечались короткие периоды воздержания от алкоголя и, в дальнейшем, повторные госпитализации.

Катмнестические данные о 4 пациентках, с которыми работа носила краткосрочный характер (не более 4 – 5 сессий) и которые были заинтересованы в психотерапевтическом лечении, однако не могли продолжать его в амбулаторном режиме, указывают на удлинение ремиссионных периодов и субъективное улучшение самоощущения и качества жизни.

Пять больных продолжили занятия в амбулаторном режиме, четверо больных наблюдались более года и до 3-х лет. Во всех четырех случаях в период формирования ремиссии (через 5 – 8 мес. от начала воздержания употребления) отмечались короткие срывы длительностью 1 – 2 дня. В одном случае “срыв” возник вследствие выраженного влечения, во втором наблюдении — из-за возникновения депрессии с ангедонией, в двух случаях причиной возобновления алкоголизации стало усиление депрессии в связи с психотравмирующей ситуацией. Пациентки, однако, сразу обратились за помощью, были настроены на продолжение психотерапевтической работы и возвращение к трезвости. В ходе сессий анализировались причины срыва, проводилась работа, направленная на отреагирование эмоций, усиление адаптационных способностей, повышение самооценки и т.д. В дальнейшем у всех этих пациенток, продолживших курс терапии, отмечались значительное улучшение эмоционального состояния, расширение социальной

активности, появление новых увлечений, улучшение взаимоотношений в семье, сохранялась стойкая трезвенническая установка и сформировались продолжительные ремиссии. Отмечалась также положительная динамика в отношении течения аффективных нарушений — по мере увеличения срока воздержания от употребления алкоголя пациентки отмечали более редкое возникновение депрессивных нарушений и меньшую их выраженность и продолжительность. Повторных госпитализаций не было.

Таким образом, на первых этапах лечения преимущественно проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия. Основное внимание уделялось обучению методам релаксации и умению отслеживать собственные дисфункциональные и иррациональные когнитивные и поведенческие стратегии и адаптивными способами реагировать на них. Важное внимание уделялось проработке анозогнозии и принятию ответственности пациенток за собственную трезвость. В дальнейшем психотерапия в большей степени становилась личностно-ориентированной, использовались техники гештальт-терапии, эриксоновской терапии, семейной терапии. Семейная психотерапия и психокоррекция приобретали особое значение, поскольку особенности взаимодействия в семьях зависимых пациенток нередко не только не способствуют отказу от употребления алкоголя, а скорее поддерживают и провоцируют возобновление алкоголизации. В этом случае задачей работы являлось создание ситуации, при которой ответственность за пьянство берет на себя сама пациентка. Усилия направлялись также на формирование адекватного отношения семьи к заболеванию женщины, умения проводить независимую линию поведения пациенткой и членами ее семьи, поддержание адекватного уровня самооценки. Важной задачей являлось также восстановление семейных отношений, нарушенных в процессе длительного употребления алкоголя.

В итоге, у всех пациенток, продолживших участие в психотерапевтических сессиях, возникали ремиссии, в 3 и более раз превышающие по длительности их максимальные периоды воздержания на предшествующих этапах преимущественно фармакотерапевтического и рационального психотерапевтического воздействий. Все они также отмечали значительно

большой комфорт в периоды достигнутой трезвости, повышение стрессустойчивости, удовлетворенность своим настроением и положением в семье и обществе. Среди этой группы пациентов также наблюдалось повышение комплаентности в отношении фармакотерапии аффективных нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, психотерапия является важнейшим компонентом в комплексном лечении женщин, страдающих алкоголизмом, сочетанным с аффективными нарушениями. Методика и техники психотерапии в наибольшей степени зависят от этапа психотерапевтического процесса, личностных особенностей пациенток, индивидуальных жизненных обстоятельств и специфики “прихода” в болезнь. Главное состоит в том, чтобы большинство из многочисленных стоящих перед пациентками задач нашло отражение в процессе интегративной психотерапевтической работы, что и позволит добиться положительных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Helzer E. Pryzbeck Tr. The occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact of treatment. *Stud Alcohol*, 1998; 49(3), 219 – 24.
2. Weissman M. M., Myeys J. K. Clinical depression in alcoholism. *Am. J. Psychiatry*, 1980; 117, 372-3.
3. Roy A., Dejong J. Lamparski D et al Depression among alcoholics: relationship to clinical and cerebrospinal fluid variables. *Arch Gen Psychiat* 1991; 48(5), 428 – 36.
4. Гофман А. Г., Александрова Н. В., Граженский А. В. и др. Депрессивные нарушения в структуре основных синдромов алкоголизма и их купирование. Пособие для врачей, М., 1999.
5. Агibalова Т. В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости, авторефер. Диссертации на соискание уч. степени доктора мед. наук, 2007.
6. Цыцарев С. В. Особенности личности женщин больных алкоголизмом (клинико-психологическое исследование в связи с задачами психотерапии) Авторефер. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук, 1982.
7. Бурдин М. В., Обросов И. Ф. Когнитивно-поведенческая психотерапия и иррациональные установки пациентов с различными мотивами потребления алкоголя при анонимном амбулаторном лечении. *Вопросы наркологии*. № 5, 2007.с. 54 – 61.
8. Даренский И. Д., Валентик Ю. В. Дифференцированная психотерапия больных алкоголизмом // Учебное пособие для врачей. — М., 1998.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Шизоаффективный психоз

Разбор ведет проф. А. Г. Гофман (21 ноября 2012 г.)

Врач-докладчик — Д. С. Новичков

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется пациентка М. 1972 года рождения, поступившая в нашу больницу 12 октября 2012 года. Данная госпитализация 2-я по счету.

Наследственность отягощена: бабушка со стороны матери покончила жизнь суицидом в 67 лет после смерти мужа; дядя в возрасте 50 лет повесился по неизвестным причинам.

Родилась в Москве, старшая из 2-х детей. Родители в разводе. Воспитывалась матерью, отчимом и бабушкой. Беременность у матери протекала с токсикозом, роды в срок. В раннем развитии от сверстников не отставала. Детские инфекции — ветряная оспа, краснуха. С детства по характеру была спокойной, послушной, ответственной. Затруднений в общении со сверстниками не испытывала, любила играть с другими детьми. Посещала детский сад, но после того, как ее наказали и забыли на несколько часов в туалете, детский сад посещать перестала, воспитывалась бабушкой.

В школу пошла в 7,5 лет, училась отлично. Всегда была обязательной, исполнительной, стремилась к получению только отличных отметок. Из предметов любила алгебру, геометрию, не нравилась химия. Имела одну-две подруги. Параллельно занималась гимнастикой, посещала кружок макраме, была в составе совета дружины. Окончила 11 классов.

После получения аттестата хотела поступить в Плехановскую академию, но не добрала 2-х баллов. Год проработала курьером, после чего поступила в техникум на факультет экономики и планирования народного хозяйства. Училась заочно и одновременно работала помощником главного бухгалтера на фирме у отца.

В 1992 году вышла замуж, детей нет. Во время замужества сделала аборт, после чего детей иметь не может. Развелась с мужем после 8 лет совместной жизни, с ее слов, так как они разлюбили друг друга, решение было обоюдным. Повторно вышла замуж в 38 лет, отношения с мужем хорошие.

В 1994 году, окончив техникум, устроилась главным бухгалтером в частный магазинчик, проработала 8 лет на данном месте и уволилась. 3 года работала главным бухгалтером в мебельном магазине. Впоследствии устроилась в торгово-промышленную фирму, 6 лет работала в должности главного бухгалтера, затем получила повышение и стала финансовым директором.

В декабре 2011 года после конфликта с генеральным директором из-за финансовых разногласий уволена с работы. После этого пробовала работать по специальности в других местах, но на работе долго не удерживалась, стала уставать, тяготиться работой. С этого момента считает себя больной: нарушился сон, постоянно думала о прежнем месте работы, переживала, что они обанкротятся, появилась тревога.

В сентябре 2012 года состояние ухудшилось: стала мысленно сама себе задавать вопросы и отвечать на них, подбирать правильное решение, считала, что “сейчас взорвется” голова, что в “ней всё спуталось”, “происходит что-то непонятное”, что она сделала что-то не так, стала искать чужих в семье, своё состояние объяснить не могла. Была осмотрена дежурным психиатром. Стационарирована в ПБ № 3 впервые в жизни 10 сентября 2012 года, дала согласие.

При поступлении ориентирована всесторонне правильно. Темп речи не ровный — то молчит подолгу, то быстро, сумбурно отвечает на вопрос. Напряжена, тревожна. Говорит, что у неё “всё спуталось в голове”. В целом преобладает аффект недоумения, растерянности. Полностью свои переживания не раскрывает. Обманы восприятия отрицает. Просит сделать ей укол, “чтобы выспаться”. В отделении первое время оставалась тревожной, растерянной, не могла объяснить своего состояния. Постепенно на фоне проводимой терапии состояние пациентки улучшилось. Внешне спокойна. Сама отмечает, что чувствует себя лучше, спокойнее, увереннее. Сон и аппетит достаточные. Избирательно общается с больными. Соматическое состояние удовлетворительное.

Была консультирована профессором С. Ю. Циркиным, который выставил диагноз: депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Была обследована психологом. По результатам психологического обследования на первый план выступают нарушения в сфере внимания, элементы амбивалентности и субъективизма в сфере мышления на фоне повышенного уровня внутреннего напряжения, неустойчивости эмоционального состояния, настороженного отношения к окружающим.

В больнице получала лечение: галоперидол в/м 15 мг в сутки, вальпарин 600 мг в сутки, тизерцин 75 мг в сутки.

Впоследствии больная обратилась с письменным заявлением о выписке, так как намерена продолжать лечение в санаторных условиях. Муж поддержал ее в

этом. 2 октября 2012 года больная была выписана с рекомендацией поддерживающей терапии: галоперидол 4,5 мг в сутки, тригексифенидил 6 мг в сутки, хлорпротиксен 15 мг н/н.

После выписки больная ПНД не посещала, поддерживающую терапию не принимала. С первого дня пребывания дома возобновилась тревога, стала плохо спать. Появились мысли об уходе с работы, “генеральном крахе”. Отец больной увез её к себе на дачу. На даче состояние усугубилось: на задаваемые вопросы отвечала невпопад, целыми днями спала, ночью бродила по дому.

Утром 12.10.2012 в сопровождении матери обратилась в приемное отделение с просьбой о госпитализации. Стационарирована в ПБ № 3, дала согласие на лечение. В приемном отделении во времени ориентирована приблизительно — говорит, что “октябрь 2012 года”. Понимает, что находится в ПБ № 3. Тревожна, напряжена. Сообщает, что в её голове путаются мысли, что на её мысли кто-то воздействует, что у неё из-за этого кружится голова, ничего не соображает. Жалуеться на плохой сон. Настроение неустойчивое, легко раздражается.

Соматический статус. На обеих голенях гематомы. Зев чистый. В легких дыханные везикулярные, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД 120/90 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный, на передней стенке рубец после операции. Анализ крови и мочи в пределах нормы. Заключение терапевта: без патологии.

Флюорография от 01.10.12 г.: легочные поля прозрачные. Легочный рисунок не изменен. Корни легких не расширены, структурны. Диафрагма обычно расположена. Сердце и аорта в пределах нормы.

Неврологический статус. Эмоционально снижена, вяла. Зрачки правильной формы, фотореакции живые. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глубокие рефлексы с конечностей живые, равны. Координационных расстройств, нарушений чувствительности, менингеальных знаков нет. Заключение невропатолога: психо-вегетативный синдром.

Психический статус в отделении. Осмотрена в кабинете. На беседу пришла самостоятельно. В сознании. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована верно. Парамимична. Во время беседы неадекватно улыбается, говорит, что ей “открылся смысл сказанного ранее одним знакомым”. Не может последовательно описать события после выписки, “всё перепуталось”, “надо проспаться”. Обманы восприятия отрицает. Считает, что вокруг неё “всё подстроено”, что “люди загримированы”. Двигательно немного заторможена. Дала письменное согласие на лечение. В отделении первое время вяла, сонлива, много спит. На задаваемые врачом вопросы отвечает односложно. Остается загруженной своими переживаниями. Держится обособленно, к общению не стремится. Аппетит снижен. Соматическое состояние удовлетворительное.

Постепенно на фоне проводимой терапии нормализовался сон, аппетит. Стала спокойной, упорядоченной в поведении, сама отмечает, что стала более собранной, “стало легче соображать”. Избирательно

общается с соседями по палате. В беседе остается отгороженной, однако говорит, что “всё налаживается”, “голова становится яснее”. Соматически стабильна.

Была осмотрена психологом 20.11.2012.

Психолог. Обследуемая ориентирована полностью, в контакте адекватна, упорядочена, доброжелательна. На вопросы отвечает в плане заданного. Причину госпитализации внятно объяснить не может. Сообщает, что скорую помощь вызвал ее отец, потому что она, наверное, “как-то себя неправильно вела”. Но сама она ничего об этом не помнит. На психическое состояние на момент обследования жалоб не высказывает. К обследованию мотивация достаточная. Задания выполняет в полном объеме, старается, интересуется результатами.

По объективным данным: внимание неустойчиво, нарушены концентрация и распределение. Память в нижних пределах нормы. Обследуемая воспроизводит по порядку 5-7-7-8 слов из 10, отсроченное воспроизведение 8 слов. При опосредованном запоминании воспроизводится 100 % материала. Ассоциативный процесс протекает в неровном темпе. Например, при опосредовании слова “страх” обследуемая дала так называемую “шоковую реакцию”, то есть длительную задержку во времени между предъявлением стимула и ответом. И говорила при этом, что не знает, что рисовать, не знает, чего бояться люди. Когда ее спросили: “А Вы чего боитесь?”, — она сказала: “Я боюсь одиночества, но это же не нарисуюшь”. В конце концов, она нарисовала человека за решеткой с комментарием, что “от сумы и от тюрьмы не зарекайся”.

В целом образы адекватные, эмоционально насыщены, по содержанию индивидуально значимы. Графика содержит признаки сосудистой патологии, в проективном плане свидетельствует о тревожном, эмоционально неустойчивом состоянии обследуемой. Интеллект соответствует образованию. Категориальный способ решения мыслительных задач доступен и активно используется. Переносный смысл пословиц трактует правильно, но на конкретном субъективном уровне. Например, пословицу “не всё то золото, что блестит” объясняет так: “вот если смотреть резюме, которое присылают люди, устраивающиеся на работу, то оно выглядит глянцевым и идеальным, а человек на работе не может и трёх месяцев продержаться после этого”.

Процессуально-специфических нарушений мышления не выявлено. Эмоционально-личностная сфера характеризуется в первую очередь актуальностью индивидуально значимых переживаний, связанных с рабочей деятельностью обследуемой, тревожностью, эмоциональной неустойчивостью. Проективная диагностика выявляет потребность в поддержке, в теплых отношениях, ранимость, эмоциональный регресс, негативные самоощущения, которые, однако, тщательно скрываются за счет повышенного самоконтроля.

Таким образом, психологическое обследование выявляет актуальность индивидуально значимых переживаний, связанных в первую очередь с трудовой деятельностью обследуемой, у тревожной, эмоцио-

нально неустойчивой личности на легко выраженном сосудистом фоне.

Ведущий. Почему сделан вывод о сосудистом фоне? — Особенности графики. — Понятно. Какие-то вопросы есть к психологу? Нет? Спасибо.

ВОПРОСЫ ВРАЧУ-ДОКЛАДЧИКУ

Ведущий. Что сейчас она получает, препараты и дозировки? — Она получает amitriptilin по 25 мг 3 раза в день, ПК-мерц 100 мг утром и азалептин 150 мг в сутки.

Во время этого поступления вначале ей давались какие-то антипсихотики? — Был сделан клопиксол-сол-акуфаз в/м в дозе 50 мг и потом клопиксол депо 200 мг. И всё, больше ничего не было. — Понятно. Но она поступила совсем недавно, и клопиксол еще действует.

— Скажите, пожалуйста, мысли о том, что всё подстроено, запрограммировано, когда это произошло после поступления? Динамика психотических синдромов? — Прошло примерно через 2 недели от начала лечения.

Ведущий. Она повторно была госпитализирована 12 октября, с 13-го — терапия. Через сколько дней примерно — или через неделю, или через две — исчезли все эти заявления о том, что вокруг происходит? — Через 2 недели. — Через две недели. Вот, видите. Получается, на клопиксоле всё было устранено.

— ЭЭГ, М-ЭХО делали? — Нет.

— Какие-то специальные виды психотерапии использованы были или нет? — Нет.

Ведущий. Еще какие вопросы? Пожалуйста. Прощу Вас.

— Ей сейчас сколько лет? — Ей сейчас 39 лет. — И как она считает, заболела она когда? — Она считает, что она заболела в декабре 2011 года после того, как её уволили с работы, когда она поссорилась с директором на фирме, в которой работала. И она говорит, что после этого плохо спала по ночам, а потом на фоне плохого сна у неё появилась тревога. И вот так симптоматика стала нарастать.

Ведущий. Вопросов нет? Хорошо. Давайте её попросим сюда. Её имя напомните мне. — Татьяна Ивановна. (Имя и фамилия изменены.)

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Добрый день! Татьяна Ивановна, Вас зовут, да? — Да. — Садитесь, пожалуйста. Татьяна Ивановна, это всё врачи. Я тоже врач. Вот собрались для того, чтобы обсудить, как Вам помочь, что сделать, чтоб всё было хорошо. Как Вы сейчас себя чувствуете? — Ну, сейчас я на данный момент волнуюсь очень. Потому что при таком количестве народа я никогда, в общем, не была. — Понятно. Ну, а вот до того, как Вы вошли в этот зал, как Вы себя чувствовали, до волнения? — Достаточно уверенно. — Но когда Вы поступили в больницу, этой уверенности не было? — Нет, не было. — Не было. Когда она появилась? — Ну, навер-

ное, недели полторы назад стало лучше, с каждым днем стало лучше. Все мысли у меня начали собираться в одном месте, раскладываться как бы по полочкам. — А до этого трудно было думать? — Нет. Скорее, Вы знаете, сродни вот этому мультику про Карлсона... — Как? — Ну, наверное, как Фрекен Бок, которая так, как в мультике, голова у неё в разные стороны качалась, а у меня также вот приблизительно качались мои мысли. — Но мысли были Ваши? — Да. — Что значит “они качались”? — Ну, вместе, ну как-то вот сумбур какой-то в голове присутствовал. — Сумбур был в голове. Но было так, что, скажем, Вы беседуете с кем-то, и вдруг какая-то мысль совершенно непонятная появляется? Или такого не было? — Нет, нет. В последнее время не было. — А при поступлении? — При поступлении... Я, к сожалению, повторно в этой больнице и... — Я имею в виду последнее поступление. — Да, и вот момент поступления я, честно говоря, не помню. — Совсем? — Ну, какие-то отдельные моменты. То есть, это... — Но я Вам напомню некоторые Ваши высказывания. Вы говорили о том, что “вокруг происходит что-то совершенно непонятное, вроде как спектакль”. Что Вы имели в виду? — Это я так говорила? — Вы так говорили, да. Что вокруг происходило? — Я не могу сказать ..., что было со мной при поступлении. Потому что... — Но всё-таки, в первые дни после поступления Вы знали, где Вы находитесь? — Я знала, что я в больнице. Это я осознавала. — Как себя вели окружающие? — А вот как вели себя окружающие, я не помню. — Ну как, доброжелательно или нет? — Вообще ничего не помню. — Ничего не помните? — Не помню. — Какие-то страхи были при поступлении? — Нет. — Никаких страхов не было? — Нет, у меня никаких страхов не было. — Не бывало так, что иногда вдруг Вы начинали смеяться, а повода вроде бы не было? Такого не помните? — Нет, нет. Не помню. — Этого не было. А перед тем, как Вы поступили, что случилось? Почему понадобилось повторно лечь в больницу? Что с Вами происходило? — Вы знаете, я, когда первый раз сюда попала, меня забрали под расписку после 21 дня, по-моему, здесь присутствия. Забрали меня под расписку. Через 2 или 3 дня я поехала к отцу на дачу. Вот. И, к сожалению, вот как-то у меня даже этот момент, что происходило на даче, всё проходит в каких-то сновидениях. То есть, у меня попутались мысли, что происходило в реальности и что мне... Что-то я там, кино насмотрелась или что-то я во сне увидела, вот здесь вот меня, пока я отдыхала там с 3 октября по 12 октября на даче, то есть, у меня тут... — Я хочу вот этот период уточнить. Что значит “как в кино”? Это что Вы имеете в виду? — Ну, не знаю, вот смотрите. Я там смотрела я эти фильмы или не смотрела я эти фильмы, я, честно говоря, сейчас очень — А какие были фильмы, о чем? — Ну, какой-то фильм, по-моему, “Великолепный век”, какие-то там каналы, “Иллюзион” включала. — Эти фильмы, канал “Иллюзион”, “Великолепный век” к Вам имели какое-то отношение? — Ну, я вот, по крайней мере, я для себя вот сей-

час помню, что я пыталась выдернуть из этих фильмов какие-то моменты, которые похожи, допустим, у меня в жизни происходили. — То есть, было такое ощущение, что вроде то, что в этих фильмах, напоминает эпизоды Вашей жизни? — Да. Либо эпизоды моей жизни, либо они, наоборот, как бы, ну... У меня совершенно наоборот происходило. — То есть, там одно, а у Вас прямо противоположное? — Да, у меня прямо противоположное. — Но это было приятно или неприятно? — Не знаю. — Но тогда это Вам нравилось или Вы этого боялись? — Нет, но я не боялась, мне не знаю, нравилось оно или не нравилось, но как-то спокойно, наверное... — Это было удивительно или нет? — Да, удивительно. — А как окружающие люди в этот период себя вели? Пока Вы жили там, на даче, неделю примерно, как люди себя вели? Вы замечали отношение людей к себе? — Вы знаете, я, честно, вот честно Вам скажу, я очень плохо помню. Потому что люди окружали меня мои родные... — Как они себя вели? Внимательны были, заботливы или нет? — Ну, как всегда, в общем. — Тут ничего необычного не было? — Нет, ничего. Мы вместе, вот я помню, мы ходили вместе гуляли. — Вы телепрограммы смотрели? — Смотрела. — Вот там показывается что-то, допустим, диктор что-то говорит. Было ощущение, что это имеет какое-то отношение к Вам или никакого? — Нет. — Никакого. Этого совершенно не было. Помимо этого радио слушали? — Радио там нет. — Там только телевизор? — Да. — Долго могли смотреть? Утомлялись или нет? — Да нет, я никогда, в общем-то, от телевизора не утомлялась, могла смотреть — Нет, можно смотреть столько, что захочется спать лечь. — Ну, тогда можно спать лечь. — А какое всё время было настроение? Какая Вы были: грустная, печальная, радостная, рассерженная, злая? — Я нормальная, обыкновенная. — Не было иногда такого впечатления, что что-то с Вами необычное происходит? — Ну, какие-то моменты сейчас вот в памяти всплывают. То есть, были какие-то моменты, что я вот как будто нахожусь в каком-то, я не знаю, что мир вокруг меня рухнул, ничего на свете нет, кроме того дома, где... — Вот ощущение, что мир весь рухнул. А что осталось? Дом... — Только дом, дом и люди, которые рядом. — А вокруг пустота? — Да. Ну, лес кругом. — Лес кругом. Понятно. Это вызывало страх? — Да, это вызывало страх. — То есть, прямо что ли гибель мира происходила? — Ну, да. — А в результате чего? Просто исчезло или какие-то были события катастрофические, страшные? — Не знаю. Вот такое ощущение было, что вокруг, кроме нас, вот те, кто остался в доме, больше ничего нет и лес кругом. — А те, кто остались в доме, они при этом исчезновении мира как-то изменились? — Нет, они говорили, что всё нормально. — А Вы у них спрашивали, что происходит? — Ну, нет, не спрашивала. — А почему они вдруг начали говорить, что всё нормально? — Но потому что я спрашивала: как дела? А где папа? — Понятно. Все-таки задавали вопросы. — Всё нормально. — Скажите, а не возникала временами какая-то тревога, опасение, или этого не было? —

Нет, ну, наверное, вызывало. — Вы как бы предполагаете. Так помните или нет? — Ну, так помню — тут помню, тут не помню. — Не помните.

Скажите, то состояние, которое было в первый раз, когда поступили, и в этот раз, какая-то разница есть? — Вы знаете, в первый раз я, в общем, достаточно быстро почувствовала себя уверенно и ощущала себя здоровым человеком. — Но прежде, чем Вы стали при первом поступлении уверенной и здоровой, до этого было состояние такое же, как и в этот раз? — Нет. — Другое? — Другое. — В чем отличие? — Ну, во-первых, было как бы состояние, то есть, я не хотела, во-первых, ехать в больницу. — Это раз. — Я сама хотела как бы отказаться от врачебной помощи. Но меня насильно как бы забрали представители скорой помощи. — А почему? Как Вы думаете? — Нет, но я думаю, что это из-за того, что это вызов был повторный. Первый вызов... — А первый раз, когда Вы поступили в больницу, что было? — Да, вот смотрите... Нет, первый раз я вызвала психиатрическую помощь, это было 8 сентября. — Почему? — Потому что у меня началась кружиться голова. В общем, в голове постоянно крутились мысли, просто по кругу или разные вопросы: что, где, когда и почему? У меня настолько закружилась голова, что мне показалось, что у меня сейчас вот просто разорвет голову мою на... — А что значит “кружилась голова”? Вещи крутились вокруг? — Нет. Нет, вопросы. — Голова крутилась? — Вопросы. Я не могла их остановить в своей голове. — Значит, был поток вопросов? — Да. — Вот это Вы называете словом “кружилась голова”? — Ну, условно, да. — Был поток вопросов. И это было страшно? — Это было страшно. — Эти вопросы возникали сами, независимо от Вас? — Вопросы возникали, вот они... ну, они как-то сами по себе возникали в моей голове и крутились просто по кругу. — Вопросы были на самые разные темы или неприятные вопросы? — Нет, на самые разные темы. — И Вы испугались? — Да, я испугалась. — Испугались чего? Что, может быть, что-то случится с головой? — Ну, да. — Что может случиться с головой? — Что меня, мою голову сейчас разорвет на сотни маленьких медвежат. — Нет, ну это образное выражение. А чего Вы боялись? — Ну, вот я этого и испугалась, что я, у меня голова... — Что-то с головой случится? — Ну, да. — Так. И вот этот страх и заставил поступить первый раз в больницу? — Вот первый раз вызвать скорую помощь. — Понятно. А в больнице это продолжалось? — Нет, в больнице это не продолжалось. — Сразу как только порог переступили, всё прошло? — Нет. — Вопросы сколько еще длились в голове при первом поступлении? Долго? Или тут же, как только попали в отделение, всё прошло? — Ну, попала когда в отделение, тогда эти мысли, они все сразу, ну, их не было уже. — А что было потом? Вы все-таки находились некоторое время. Что было дальше? — Что было дальше? Меня определили в 9 палату. По-моему, я достаточно быстро в себя пришла, и голова стала более менее ясной. — “Ясной” — это значит, Вы стали сообщать так, как обычно? — Да,

я стала понимать, что происходит вокруг. — А в первое время вообще плохо понимали, что происходит? — *Но там вот в первый день это тяжко было, понимала, что вообще происходит. Я знала, что меня в больницу забрали, а что вот вокруг меня... Но это первые сутки, наверное.* — Понятно. А что вокруг, не очень хорошо понимали. — *Не очень хорошо понимала.* — Понятно.

Теперь, как сейчас Вы оцениваете свое состояние? Вы что-нибудь читаете сейчас? — *Книжки читаю.* — Как запоминаете? Как обычно? — *Как обычно.* — Утомляет чтение? — *Нет. Утомляет просто не это, неудобство — где усесться почитать.* — А, вот это. Но, а то, что читаете, понятно, интересно? Это доставляет удовольствие? — *Ну, да.* — То есть, читаете так, как обычно, получаете удовольствие? — *Да.* — Это художественная литература? — *Ну, да, детективы. Вот Татьяна Куликова, Донцову прочитала, две книжки.* — Понятно. Как общаетесь с окружающими? — *Спокойно.* — Тяжело или нет? — *Да нет.* — Вы всю жизнь общительный человек или не очень? — *Ну, Вы знаете, я бы не сказала, что я сильно общительная. По большей части приходилось общаться на работе. Друзей у меня мало. Именно друзей.* — Ну, сколько мало — 3–4 человека? — *Ну, да.* — Понятно. — *Если мы, конечно, собираемся, мы, ну, достаточно тесно общаемся.* — А Вы всю жизнь молчаливый человек или не очень? — *Да по большей части да. То есть, я больше слушаю, чем говорю.* — Это всегда было? — *Да, это было всегда.* — Скажите, в течение Вашей жизни Вы когда были более активны и наиболее работоспособны — с утра или во вторую половину дня? — *Ой, но вот последнее время до обеда и в течение рабочего дня так достаточно активна.* — Но все-таки, когда Вы наиболее продуктивно работаете — с утра, когда встаете, или к вечеру? — *Нет, скорее, вечером.* — Это всегда было? — *Да.* — А как Вы едите всю жизнь? Когда Вы больше едите — утром, днем, вечером? — *Вечером.* — А с утра встаете, как едите? — *Я завтракаю. Ну, кусок колбасы с хлебом и кофе.* — А когда обедаете? — *Ну, обедать, то есть, если удавалось в течение рабочего дня съездить пообедать, то так пообедать, ну, полностью.* — Как Вы себя чувствуете в разное время года? Для Вас это имеет значение? — *Нет, абсолютно не имеет.* — Совершенно? — *Абсолютно не имеет значения.* — Но все-таки, когда осень и грязь как самочувствие? — *Нормальное.* — Нормальное? — *Нормальное.* — Это никак не сказывается? — *Нет, никак не сказывается.* — Совершенно? И никогда не сказывалось? — *Нет.* — Но, скажем, Ваше самочувствие весной и осенью — никакой разницы? — *Нет, абсолютно.* — А какое время года Вы не любите? — *Я вообще, ну, какое, ко всем временам года отношусь нормально.* — А какое время года Вы любите? — *Любите? Ну, больше я люблю зиму. Во-первых, я родилась зимой. Вот. Потом детские воспоминания: новый год пришел там...* — Вот поэтому? — *Да. Запах мандаринов до сих пор чувствуется.* — Понятно. Это я всё понял. Теперь скажите, как со сном всю жизнь было? — *Да*

хорошо всё время. — Никогда не было периода бессонницы? — *Ну, периоды бессонницы, они вот наблюдались последние там 2 или 3 года. И связаны исключительно с тем, что нужно было принять какое-то решение по работе. Вот и... Это где-то, чтобы поразмыслить и сделать правильные выводы, чтобы, ну, сделать исключительно правильное какое-то решение...* — И это могло нарушить сон? — *Ну, 2–3 дня я могла не спать, ища ответы на вопросы.* — То есть, не просто бессонница, а поиск решения? — *Да.* — То есть, подсчеты, расчеты, вот это? — *Да, да.* — А вот так, чтобы без видимых причин? Вот раз и нарушился сон. — *Нет, такого не было.*

— Скажите, ведь в Вашей жизни бывали, как у всех людей, наверное, какие-то неприятные моменты. Как Вы на них реагировали? — *Ну, по-разному реагировала. То есть...* — Ну, кто-то плачет, а кто-то безразличен. Как у Вас было? — *Нет, но если это как бы обидно, то это, да, то есть ... я плачу.* — Понятно. — *Да, то есть какие-то грустные моменты из жизни вспоминаю, то есть ...* — А были когда-нибудь в жизни такие грустные моменты, когда эта плаксивость задерживалась? И плакали Вы не один день, когда обидели, а, скажем, 2–3 недели? — *Нет, такого не было. Единственное, вот когда, я вот всё время, когда вспоминаю о своем дедушке, это была моя первая потеря.* — Да, то что ... — *Да. То есть, у меня до сих пор вызывает это слезы.* — Ну, это был очень близкий человек. — *Да. Но это было, это было очень давно. То есть, это было почти 25 лет назад.* — Но это очень близкий человек. — *Да.*

— Вы в течение жизни какими болезнями болели? И были ли болезни тяжелые? — *Нет. Ну, тяжелые, тяжелые...* — Ну, заболевания печени, почек, легких, сердца? — *Нет, не было.* — Гинекологическая патология? — *Ну, гинекологическая, это у меня было приобретенное.* — Понятно. А так ничего такого не было? — *А так особо ничего не было.* — Всю жизнь у Вас такой же вес, как сейчас, или был период, когда Вы начали полнеть? — *Нет, я вообще как бы, я не знаю, нет, полнеть я, ну, то есть, постепенно полнела. Естественно, что там 10 или 20 лет назад я не весила столько, сколько сейчас.* — Понятно. А был период в Вашей жизни, когда резкая потеря веса? — *Да, было. Но это было, то есть я ходила, худела, похудела на 10 килограмм.* — Это специально? — *Ну, как... Да. Мне хотелось быть...* — Нет, я имею в виду без всяких усилий. Вдруг начинается потеря веса. А потом прибавка. — *Нет, это не потеря веса.* — Нет. Это просто искусственно, Вы следили за фигурой. Вы на диете были? — *Да, на диете и массаж делала.*

— Скажите, пожалуйста, как всю жизнь Вы переносите жару? Вот июльскую жару московскую? — *Ну как? Нормально.* — Никогда обмороков не было? — *Ну, случались, но очень редко.* — Но в какой ситуации обмороки случались? — *Ну, если, допустим, очень долго находишься под открытым солнцем, а потом приходится стоять в переполненном автобусе.* — То могла закружиться голова? — *Да. Но вот пару раз такое было.* — Пару раз. А как Вы переносите езду на

транспорте? — *Спокойно.* — Никогда не укачивало? — *Но это опять же... А, по поводу укачивания, нет, не укачивает меня.* — На самолете летали? — *Да.* — Хорошо переносите? — *Да.* — А головные боли в Вашей жизни бывали часто, редко или никогда? — *Ну, случались. То есть...* — Рукой можете показать, где болела голова? — *Здесь.* — Вот здесь, справа? — *Да. Ну, либо здесь, либо с этой стороны.* — И что помогало избавиться от головной боли? — *Да я цитрамон обычно пила или анальгин.* — Тут же проходила? — *Ну, да, там полчаса помучаюсь.* — А как с давлением крови? Когда-нибудь измеряли или нет? — *Вы знаете, давление крови, но очень редко. То есть, я не следила за своим давлением.* — Но какие примерно цифры, помните? — *Ну, 120 на 90 или 120 на 80, что-то такое.* — Понятно.

Какие лекарства Вы сейчас получаете, знаете или нет? — *Нет. Могу только по цвету сказать.* — А что, Вы не интересовались? — *Я не запомню такие наименования.* — Как переносите их? — *Хорошо.* — Вызывают эти лекарства сухость во рту или какие-нибудь неприятные побочные эффекты или никаких? — *Нет, никаких таких не вызывают у меня.* — А было когда-нибудь, чтобы Вам назначали лекарства, и это как-то сказывалось на движениях, на походке, или этого не помните? — *Нет, не сказывалось.* — Это никогда не сказывалось. Когда давали Вам лекарства, с самого начала, слабость была некоторое время или нет? — *Я не знаю, не могу сказать.* — Ничего не заметили. — *Не заметила.* — Понятно. Как сейчас едите? Аппетит, всё нормально? — *Да.* — Ну, хорошо. Спасибо большое.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОЙ

— Татьяна Ивановна, с какого времени Вы считаете, что заболели? Это же не в сентябре, это было раньше, с каких первых симптомов началось? — *Да это началось еще в 2011 году. Был очень тяжелый год на работе. То есть, очень сильно напряженный. Практически очень серьезное и тяжелое положение в конце года. Исключительно я связываю это с работой. Потому что за последние там 3 месяца прошлого года редко мне удавалось хорошо выспаться. То есть была постоянная такая усталость. И в ноябре случились такие финансовые обстоятельства, что мы вышли на просрочку кредита, и это длилось в течение 2 недель. Вот я это исключительно связываю, вот у меня так образно тот период, он... То есть, я каждый день приходила на работу и как будто бы разгружала в день по вагону кирпичей. Это был конец ноября начало декабря. И уже к концу декабря, 28 декабря случилось, что меня генеральный директор грубо освободил от работы. Вот.*

Ведущий. А почему освободил? — *Ну, ему показали мои действия неадекватными. Хотя в принципе я считаю, что я поступила, ну, правильно, потому что то, что я сделала, это было согласовано со всеми акционерами. А то, что хотел сделать генеральный директор, это было бы самовольно принятое реше-*

ние, ни с кем не согласованное. — И как сказало вот это отстранение от работы на Вашем состоянии душевном? — *Ну, во-первых, мне, естественно, было больно. Потому что я с этими людьми отработала 10 лет. Мы всегда...* — Обидно было? — *Да, обидно. 28 декабря я ушла, ну, ушла домой.* — И? — *И у меня немножко ... здесь вот, где-то нерв задело и...* — Голову повернуть было больно? — *Да, голову было очень трудно повернуть. Вот. Но как-то немножко даже повеселела. Мне показалось, что я всё это время до 28 декабря, то есть находилась в таком состоянии, что... ну, в негативном, то есть, от меня шел сплошной негатив, и люди со мной не хотели даже общаться, несмотря на то, что я какие-то там... что-то предлагала, что-то...* — А почему они не хотели общаться? — *Но потому что, как один человек сказал, что, говорит, "от тебя такой негатив шел, что мне самому было тяжело с тобой общаться".* — Ну а что значит "шел негатив"? Это что такое? Вы стали злой, раздражительной? — *Да, злая и раздражительная.* — А, ну вот так. Значит, стала раздражительная, поэтому было трудно общаться. Или что-то еще было? — *Да нет, исключительно, наверное, это.* — Значит, это конец 2011 года? — *Да, 2011 года.* — Вот с этого момента, Вы считаете, что Вы больны? — *Ну, да, вот я, наверное, ...* — Вот с этого момента. Еще какой вопрос?

— Что потом появилось? Что в начале 2012 года появилось? — *В начале 2012 года, то есть, я перестала тесно общаться с тем человеком, который меня отстранил от работы, и как-то мне стало легче. Я вроде как занимаюсь своим делом, ну, передаю дела другому человеку, но при этом особо не общаюсь со своим генеральным директором. То есть мы не пересекаемся. Всё более менее нормально было. Когда мы уже совсем... То есть, я отработала 2 месяца. Мы с ним так договаривались, что если я уйду, значит, я передаю дела, мне срок 2 месяца. Я передала дела. Еще бы месяц прожили на съёмной квартире, потому что место работы находилось не в нашем городе. И в течение месяца мы переезжали.* — Весной 2012 года состояние более менее нормальным было? — *Весной, да, более менее нормально. Вот где-то... ну, стабильное. А вот уже к маю, к середине мая вот тут состояние, конечно, мое ухудшилось. То есть, работа занимала, то есть, у меня она занимала очень большое место в жизни, что когда ее не стало, у меня образовалась как бы, я не знаю, душевная какая-то пустота. Всё это еще сопровождалось тем, что я долго искала работу и найти ее не могла для себя. Из-за этого очень тоже сильно расстраивалась.* — Настроение какое было в это время? — *Ну, такая, знаете, апатия.* — Апатия? — *На всё.* — Есть не хотелось? — *Да, так, если надо есть, я поем. Но так особо...* — Сколько продолжалась такая апатия? — *Ну, наверное, где-то... Как Вам сказать? Наверное, с середины мая по середину июля. Вроде как ничего, там к концу августа я нашла работу, меня пригласили поработать. И буквально я проработала на этом месте 1,5 – 2 недели, и у меня опять какое-то,*

что-то со мной случилось, я ничего... — “Головокружение” началось? — Да, головокружение, какие-то вот... — Но апатии уже не было? — Нет. — Это было состояние, что было в мае, в июле — это больше апатия, или здесь другое? — Да, здесь что-то другое. И получилось так, что я проработала там буквально 1,5–2 недели и потом уже попала в больницу.

— Что это было? — Не знаю, не могу Вам сказать. — Болезнь? Что это такое было за состояние? — Не знаю, наверное, какое-то временное помешательство. — Как Вы думаете, если бы не произошла эта ситуация с работой, это случилось бы? — Вот не знаю. Не могу Вам сказать. То есть я пыталась подумать о том, что было бы, если бы я осталась. Мне иногда кажется, что просто быстрее бы попала в психушку. — Настолько напряженная была обстановка? — Да, очень напряженная. Потом в связи с тем, что я все-таки человек ответственный, стою на достаточно ответственном посту, и отвечаю за достаточно серьезные вещи, то есть я бы, наверное, может быть, даже быстрее попала бы в больницу.

— Раньше такого никогда не было? — Нет.

— Когда Вы после школы не поступили первый раз в институт, как Вы на это отреагировали? — Ну, как? Раз не получилось первый раз, значит, получится со второго. — То есть, никаких перепадов настроения не было? — Нет, перепадов нет. Нет, расстроилась, конечно, что в институт не поступила. Но это же не последний шанс. — Как родственники отреагировали? — Нормально. Отец тогда взял меня к себе на работу. Да. — Расскажите, когда Вы были финансовым директором, что для Вас самое трудное было? Ведь до сих пор вспоминаете, переживаете? — Ну, самое трудное — это чтобы тебя поняли. — После того, как уволились с поста финансового директора, когда Вы устраивались на последующие работы, что было сложного? — Нет, там ничего сложного для меня не было. Для меня чисто психологическая обстановка, то есть нужно было доказывать... Ну, как сказать? То есть, если у меня в предыдущем месте работы было полное доверие... Да. Что вот не нужно было каждый свой шаг объяснять там высшему руководству. А здесь нужно было пошагово. — Пошагово. То есть, Вы пришли на новую работу и не знали, что нужно начинать с нуля? — Нет, там не нужно было начинать с нуля. Там нужно было просто вклиниться в процесс. — Ясно. И Вам это было трудно? — Ну, да.

— 2 октября Вы выписались, и Вам рекомендовали врачи поддерживающее лечение? — Да. — Вы принимали, нет? — Нет.

Ведущий. А почему не принимали? — Вы знаете, я, наверное... Мы, во-первых, очень быстро уехали на дачу и... — Ну и что, лекарства не могли взять с собой? Почему Вы не взяли? — Надо было сначала в диспансер, наверное, ехать, чтобы они выписали. — Ну и что? — Ну, я не поехала. Я почему-то решила, что... — Что Вы здоровы? — Что свежий воздух мне больше поможет, чем таблетки. — Понятно.

Еще какие-то вопросы есть?

— Татьяна Ивановна, скажите, когда было то, что Вы называете “временное помешательство”, вот в это время мир рухнул, какой-то лес... Скажите, а Вы в это время близких своих тоже видели? — Да. — А как Вы отличали? — Я не знаю. У меня в этот момент, когда... это всё, как во сне. То есть, я не могла отличить, что мне снится, а что происходит в реальности. — Но из этих кинофильмов всё ли там казалось или что-то было? — Не могу сказать. — Все-таки что-то было, может быть, и на самом деле из этих фильмов? — Может быть, что-то и на самом деле, а может быть... — Вы, когда придете домой, Вы проверите это у близких? — Ну, естественно, я как приду домой, я поговорю с близкими, чтобы они мне рассказали, что я хоть творила. — Чтобы Вам было ясно, что казалось, а что было на самом деле? — Да. — То есть Вы не уверены, что это казалось? — Ну, я не уверена. Потому что я очень плохо помню этот период. — Просто плохо помните? — Я не помню своих собственных действий. — Нет, но вот этот лес? — Это просто, потому что дача находится там, где вот дом и за ним лес. Поэтому...

Ведущий. Дача, дом, лес, а дальше всё пропало.

— Может быть, этот лес был настоящий? — Но лес настоящий. Потому что я хорошо помню. — А воздействие какое-то Вы там испытывали все-таки, и была тревога, и был страх, это тоже было? — Ну, страх, наверное, за то, чтобы потерять своих близких. Чтобы они... Я поэтому постоянно спрашивала: а где папа? А где Маиша? — А вот это столпотворение мыслей в голове, оно чувствовалось как само собой, или воздействие каких-то сил? — Да нет, по-моему, само собой. Ну, вот мне сложно... — Связи Вы не чувствовали или для Вас это неясно? — Неясно. — То есть, может быть, это и какие-то силы действовали? — Вот не знаю. Не могу сказать. — Проверить это можно? — Нет. Как это проверить? — Скажите, когда Вы вспоминаете сейчас всё это — Вам страшно-то? — Ну, да, в общем-то. Ну, не очень страшно, но так неприятное ощущение. — Но что это, как будто бы фильм какой-то невероятный смотрели? — Ну, да какой-то вот... — И больше не буду смотреть? — Да. — Вот так вот? — Да. Лучше не смотреть. — И все-таки настоящего страха, наверное, не было? Потому что Вы перестали принимать лекарства? Вам же объяснили, что эти лекарства нужно принимать. И страха не было? — Не было. То есть, понимаете, я не думала, что это настолько серьезно и что... лекарства, которые назначил врач, что... я думала, что их можно не принимать. — Вы чувствовали себя совершенно здоровой после выписки, когда на дачу поехали? — Да. Вот до момента, до того как мы приехали на дачу, я чувствовала себя очень хорошо. Потом у меня начались, начинается такая путаница. Вот от момента моего появления на даче и до помещения второй раз в больницу. — А почему в диспансер не потянулись? Ведь почувствовали, что это что-то похожее на то, что было. — Ну, так, когда я приехала на дачу, это 80 километров от Москвы. А диспансер в Москве. — Далеко. — Далеко. — Спасибо.

— Вы интернетом не пользуетесь, не смотрели о своих расстройствах там? — *Нет, к сожалению, не смотрела.*

Ведущий. И не надо смотреть. Ничего хорошего там не увидите. Пожалуйста, еще вопросы?

— Скажите, пожалуйста, Вы 8 лет проработали, да? — *10.* — Начальник мужчина был? — *Мужчина.* — Отношений с начальником не было личных? — *Нет. Нет, только служебные. Мы даже...* — Я понимаю. Но иногда бывает такая симпатия просто к человеку. — *Но как, я этому человеку очень доверяла.* — Доверяли? — *Да, да.* — Когда у Вас начались все эти явления: дискомфорт на работе, Вы стали плохо себя чувствовать, Вы стали плохо спать, Вы к какому-то врачу психотерапевту обращались? — *Нет, не обращалась.* — А почему? — *Ну, Вы знаете, всегда справлялась со всеми трудностями сама.* — Хорошо. Когда Вы вызвали скорую помощь? Когда у Вас мысли вот эти все пошли, и голова когда раскалывалась от всего от этого? — *Да.* — И они Вас и привезли сюда? — *Но первый раз они просто сделали 2 кубика реланиума и уехали.* — Так. Вам лучше стало? — *Нет, несколько.* — Совершенно ни сколько? — *Вообще. То есть, я не уснула.* — Продолжались эти мысли? — *Да.* — Когда Вы повторно вызвали скорую помощь? — *10 сентября. Но вот 1,5 дня прошло.* — Вы опять вызвали скорую, и они Вас тогда привезли сюда? — *Да.* — И потом, последнее. Вы вырвались из психиатрической больницы, понятно, что Вы попали домой, в хорошие условия, там Вас кормили вкусно, телевизор, лес... Скажите, сколько по времени Вы в день смотрели телевизор? — *Не знаю.* — То есть, всё время смотрели? — *Нет, не всё время. Наверное...* — Но практически всё время? — *Я еще раз повторяю, что я очень плохо помню этот период. То, что я смотрела телевизор, я это, да, точно смотрела.* — Но как было? Вы смотрели телевизор, потом захотелось спать, то здесь, на диване, перед телевизором и спали? — *Ну, да.* — Опять открываете глаза — опять телевизор. Опять что-то смотрите, и опять заснула. — *Ну, да.* — Такое было состояние? — *Да. Это, скорее, даже было и до того. Да, в этот период времени было.*

Ведущий. Еще есть вопросы? Всё. Спасибо большое. — *Всё? Можно идти?* — Да. Всё будет хорошо. Только вывод один: все лекарства, которые назначаются, надо принимать. — *Да, это я уже поняла.* — Причем не только принимать, но точно знать все названия. Потому что если Вы придете в диспансер, Вы должны знать, чем Вы лечитесь, какие дозы. И второе, никогда не говорите слово “психушка”. Это мерзкое слово, придуманное журналистами. Это не психушка, это психиатрическая больница. Договорились? — *Хорошо.* — Всего доброго! — *До свидания.*

Врач-докладчик. У больной сейчас состояние становления ремиссии. Психический статус: охотно вступает в беседу, ориентирована, на заданные вопросы отвечает конкретно, адекватно, настроение ровное, бредовые переживания дезактуализировались, довольно критично оценивает перенесенное состояние, понимает, что больна. Начало заболевания относится к

декабрю 2011 года. Начинается оно психотической симптоматикой, аффективными расстройствами, появлением тревоги, нарушением сна. Дальше у неё нарастает тревога.

— *Как Вы состояние расцениваете синдромологически во время первого поступления и второго? На каком диагнозе остановились?* — Шизофрения параноидная приступообразная. — *Ну, и чем лечить предполагаете дальше? Что она должна принимать после выписки из стационара?* — После выписки из стационара, я думаю, оставить ее на терапии, которую она получает сейчас. На этой терапии она чувствует себя хорошо. — *То есть, оставить ту терапию, которая есть?* — Да. — *Понятно. Спасибо.*

ОБСУЖДЕНИЕ

Ведущий. Кто хочет сказать? Пожалуйста, коллеги, высказывайтесь.

Ю. Л. Мартынюк. Я бы хотел свое выступление построить по двум параметрам: верификация диагноза и лечение.

Изменения в состоянии отмечены впервые с декабря: на фоне потери работы нарастает аффективная симптоматика в рамках депрессивного синдрома. С диагнозом, который выставлен профессором С. Ю. Циркиным, я готов согласиться и сказать следующее. Первая госпитализация и вторая — это был один депрессивный эпизод, и вот сейчас только выход произошел. Диагноз я бы сформулировал так: депрессивный эпизод тяжелый с психотическими расстройствами.

По поводу лечения. При первой госпитализации выставляется диагноз “депрессия”, но не назначаются антидепрессанты — понять не могу. Назначен галоперидол, тизерцин и нормотимик. После выписки было прервано лечение. И вскоре наступило обострение психотической симптоматики и повторная госпитализация.

Состояние на данный момент: ремиссия психотической симптоматики. Но рекомендации должны быть: обязательно поддерживающее лечение антидепрессантами.

Ведущий. Так диагноз какой?

Ю. Л. Мартынюк. Депрессивный эпизод тяжелый с психотическими расстройствами.

Ведущий. Тогда вопрос к Вам. Вы в МКБ-10 видели описание симптомов, которые характеризуют депрессивный эпизод тяжелый с психотическими расстройствами? Какой перечень там расстройств упоминается?

Ю. Л. Мартынюк. Депрессивная триада, депрессивная и психотические расстройства. — *Нет, с психотическими расстройствами что там упоминается? Там то, что у неё было, не упоминается. Там упоминается наличие бреда, в основном депрессивного. Может быть, неконгруэнтный бред. Может быть, бред преследования. А вот когда начинается бред воздействия, голоса и всё остальное, что входит в симптоматику шизофреническую, то это там*

не упоминается, для этого тогда нужно другой диагноз ставить.

— Но у нее не было голосов. — *Голосов не было. Но были проявления синдрома психического автоматизма.*

А. А. Глухарева. У меня несколько другая точка зрения. Я считаю, что действительно имела место психогения, достаточно длительная. Начало с весны, с аффективных расстройств, апатических, потом нарастающая тревога, с сентября нарастание тревожного аффекта с самообвинением, с нарастающими нарушениями мышления по типу ментизма, с острой дезорганизацией мышления. И при поступлении в больницу, действительно, была иллюзия депрессивного статуса. И действительно, седативная терапия, и она немного, так сказать, успокоилась. Но думаю, что это не депрессивный приступ, но действительно единый приступ, который благополучно продолжился и вылетел в онейроидное, острое онейроидное помрачение сознания, в котором она и поступила второй раз. По сути дела, там было сновидное помрачение сознания, с растерянностью, с неадекватным поведением, с этим состоянием она поступила. По-старому — это шуб шизофренический, по-новому, по МКБ-10, наверное, это будет звучать как приступ рекуррентной шизофрении. Выход у неё хороший. В антидепрессантах она не нуждается, потому что это не аффективный приступ и даже не шизоаффективный приступ.

И. Л. Кончасова. Во-первых, шизофрении, конечно, никакой здесь нет абсолютно. У неё была престижная, хорошая работа, которую она потеряла. Для нее это стресс. И она еще не отреагировала это. Должно пройти время. С ней должна была проводиться психотерапевтическая работа, психологическая работа. То есть, с ней должен был психотерапию проводить не психиатр, а психолог должен был проводить психотерапевтическую работу. И не давать такие большие дозы лекарств... — *Так какой диагноз?* — Депрессивный эпизод.

А. В. Павличенко. Личность тревожная, ответственная, где-то эпилептоидная. Ну, в общем-то, все черты были на уровне личностных особенностей, не достигающих степени расстройства. Начинается болезнь, с ее слов, с ноября 2011 г. Можно ли трактовать состояние, которое развилось, как патологическое состояние? — Я бы, наверное, не стал. Тут какое-то реактивное состояние в рамках личностных особенностей, дезадаптации. Она уходит с работы, но я не считаю, что заболевание началось тогда. Как мне показалось, первое депрессивное состояние развивается в мае 2012 г. Она четко описывает депрессивное состояние: апатия, не хотелось есть. Состояние длится явно больше 2 недель. То есть, первый депрессивный эпизод, который не связан с последующим состоянием, развивается в мае. Потом она устроилась и вышла на работу. И в сентябре 2012 г. развивается состояние, которое, мне кажется, крайне трудно квалифицировать. Трактовать ли его как депрессивный психотический эпизод или как неразвернутое бредовое состояние? Я бы все-таки рассматривал как бредовое состояние.

Что в этом состоянии было? Были, конечно, малые автоматизмы, она четко об этом говорит. Значит, неразвернутый синдром Кандинского — это раз. Был такой симптом, очень отчетливо она об этом говорит, который можно трактовать по Ануфриеву как диспсихофобию — страх сумасшествия. Причем уровень был не невротический, а явно психотический. Было ли депрессивное состояние? Я не заметил никаких симптомов депрессивного состояния. Может быть, были эти симптомы, но они были вторичны по отношению к неразвернутому бредовому состоянию. Или, как сейчас американцы трактуют это состояние, в соответствии с DSM-5: синдром риска психоза. Потому что если формально судить по МКБ-10 или DSM-IV, состояние, которое развивается в сентябре 2012 года, не может трактоваться ни как депрессия, ни как бредовое состояние. Вот для этих состояний и была введена такая переходная рубрика как “синдром риска психоза” или “синдром ослабленных психотических симптомов”. В следующем пересмотре DSM-V они будут как расстройства, предрасполагающие к развитию шизофрении.

Состояние пациентки купируют достаточно быстро. В течение нескольких дней она выходит абсолютно чистой из этого состояния. И развивается следующее состояние. Мне кажется, что это уже третий приступ заболевания, и здесь состояние психотическое, вне всякого сомнения. По оформлению, конечно, это ближе к онейроидному помрачению сознания. То есть классический симптом синдрома помрачения сознания — амнезия. Бредовые состояния неразвернутые, они все-таки не развернулись: псевдогаллюцинаций не было, не было развернутого воздействия. Но элементы отношения (связь телевизионных передач с происходящим в ее жизни), конечно, были. Но все эти симптомы как бы не завершены. То есть они могут больше трактоваться в рамках, так называемого, чувственного бреда. Состояние длится, наверное, несколько недель. В принципе, если брать существующую классификацию, его можно классифицировать как острое полиморфное расстройство. А если, допустим, хотя у меня здесь сомнение, состояние длится с сентября 2012 года, как шизофреноформное расстройство. То есть, если быть точными, то мы должны учитывать критерий длительности: если 2 недели — психотическое, если больше 2 недель — шизофреноформное расстройство, но никак, конечно, не шизофрения. Проф. С. Ю. Циркин расценил это как депрессивное состояние, наверное, тревожный аффект смутил. Мне кажется, что за этим тревожным аффектом стоит все-таки психотическая симптоматика.

В соответствии с критериями МКБ-10, длинный период заболевания можно расценивать как три состояния: депрессивное состояние, депрессивный эпизод — в мае; неразвернутое состояние бредовое или синдром ослабленных психотических симптомов — в сентябре; и полиморфное психотическое расстройство — в октябре-ноябре этого года. Но я думаю, что она не нуждается в антидепрессантах, и я бы оставил ту терапию, которая у неё есть. И, скорее всего, терапия пролонгами

предпочтительнее, чем терапия пероральными препаратами. Вот хорошо пошла она на клопиксоле-депо, инъекция раз в месяц, мне кажется, это идеальная терапия для такого рода пациентов.

А. А. Серопян (Махачкала). Мы почему-то пытаемся эту больную втиснуть в рамки какого-то одного состояния. Мне кажется, здесь есть всё, о чем говорили. Плюс, я думаю, здесь и органика есть. Вспомните её состояние, о котором она говорила, что когда она ехала с работы, она потянула шею. А не было ли это каким-то, может быть, микроинсультом, который дал какую-то органику? Учитывая наследственность, здесь есть и какие-то шизофренические стигмы, обязательно. Учитывая, что у нее был стресс на работе, не могло не быть депрессии. Депрессия была.

И поэтому, я считаю, что в лечении её обязательно должны присутствовать как ноотропы, так и антидепрессанты в обязательном порядке и антипсихотики. Это мое мнение.

Р. И. Захаров. Значит, если начать с диагнозов, то здесь, с моей точки зрения, два составления. Первое — это органическое тревожно-депрессивное расстройство (F06) и полиморфное психотическое расстройство. Из одного состояния она перешла в другое. Это для того, чтобы нам можно было подходить к лечению. В фабуле её психотических расстройств четко присутствуют особенности стереотипов мышления. К сожалению, вот эта больная не получила психотерапевтической помощи. А на сегодня, скажем, современная специальная психотерапия позволяет работать с психотическими больными с момента госпитализации. К огромному сожалению, коррекции стереотипов её мышления не получилось. И когда она потеряла работу, столкнулась с нечестностью, несправедливостью, а это особенности стереотипов мышления — воспитание с детства порядочности. И когда её точку зрения не учли, это явилось ключевым моментом, для того чтобы она перешла из одного состояния в другое.

И если сегодня к лечению мы с вами добавим такие вещи: массаж, физиопроцедуры, массаж рук. Цель какая? Цель — расширение сосудов головного мозга. Ибо любое психическое состояние и психотическое, и, скажем, тревожно-депрессивное сопровождается спазмом сосудов коры.

Ведуший. *А у неё не было.* — Чего не было? — *Не было спазма сосудов коры.* — Мы с Вами не про боль говорим, мы про суженность сознания, когда она еще до психоза не могла контролировать свое поведение. — *Но это не суженные сосуды.* — Любое психическое расстройство сопровождается спазмом, в том числе сосудов головного мозга. — *Не любое.* — Страхи, тревоги, депрессии. И, коллеги, если сегодня, подходя к ней, как к больной с органическим фоном, а фон органический четко прослеживается — анамнез, гестоз. Эти вещи мы никуда не исключим. — *Что в анамнезе говорит за органику?* — Гестоз. — *А что такое “гестоз”?* — Коллеги, до 1989 года это называлось “токсикоз”, с 1989 года в Классификации российской акушеров-гинекологов это называется “гес-

тоз”. — *А что это такое?* — Гипоксические метаболические поражения центральной нервной системы в процессе...

Значит, первое, вести её как с органическим фоном. Второй момент, добавление психотерапии, коррекция стереотипов мышления и поведения. Ибо вот психофармакотерапия, если мы её пролечим 2 – 3 месяца, органический фон за счет токсического влияния добавится. И если без психотерапии, без коррекции стереотипов её мышления, фармакотерапия будет менее эффективной. Спасибо.

М. Е. Бурно. Простите, буду опираться на классику. Не думаю, что это параноидная шизофрения в классическом понимании. Согласен с Аллой Анатольевной в том, что это шизофренический шуб. Сложный шизофренический шуб: тут и депрессивно-параноидный мотив и онейроидный с бредом инициации, гибелью мира, и ментизм, и воздействие, синдром психического автоматизма. Не согласен с Аллой Анатольевной лишь в том, что пациентка хорошо вышла. Пока все-таки достаточной критики нет. Пытал её всякими такими вопросами... Было всё это на самом деле или нет? Что было на самом деле, а что было больное, остропсихотическое, казалось, то есть было тем, что сама называет “временным помешательством”? Она совершенно в этом не разбирается. Соглашается со мной, что, да, дома проверит, выяснит, что именно казалось, что не казалось. Это не только про лес, который в самом деле может быть на даче, но это ведь и про воздействие, это ведь про всё её остропсихотическое страдание, страдание в шубе. Когда больной переживает острое психотическое состояние не шизофренического происхождения, он потом обычно отчетливо всё это разделяет. Ну, как, например, алкоголик, перенесший белую горячку, понимает, что ему казалось, а что было на самом деле. Мы тут этого не видим. Пациентка не может отделиться, отделиться от своих перенесенных остропсихотических расстройств, пока срослась с ними. Нет критики. Думается, это важно в дифференциальной диагностике.

Нельзя, конечно, не учитывать и особенности поведения, личности. По-моему, живого участия в беседе нет. Своей болезнью мало заинтересована. Не встревожена тем, что произошло, как тревожатся в случае органического психоза, в случае интоксикационного психоза. Она как-то душевно отделена от нас. Даже есть такое чувство, когда говоришь с ней, что, да, что-то было, но теперь кончилось, больше ничего плохого не будет, отпустите меня, всё должно быть хорошо. Вот я это клинически чувствую, да и она сама это подтверждает. Не переживает, что не принимала лекарства, поддерживающую терапию после выписки. Когда спрашивал её о том, что же ей казалось, а что было на самом деле, говорила, по-моему, характерное для эндогенно-процессуальной постпсихотики: “это же трудно проверить”. Да, “это же трудно проверить”, это, по-моему, довольно характерно для людей, которые “побывали там”. Я вспоминаю, как один такой больной, посмотрев картины Врубеля, сказал: “да, он тоже там был”.

Полагаю, можно надеяться на то, что случай прогностически сравнительно благоприятный. Об этом говорит все-таки существенное психогенное включение, расстройство, хотя и на почве, предрасположенной к шизофренией, а может быть, на почве с тлеющей уже шизофренией. Об этом говорит и немолодой, сравнительно немолодой, возраст. Все-таки впервые шуб в 38 лет. Всё такое помогает надеяться на то, что болезнь будет протекать сравнительно благоприятно. Конечно, в таких случаях, когда всё это остропсихотическое случается впервые, трудно исключить рекуррентную шизофрению, так сказать, не шуб, а приступ, после которого процесс остановится и наступит, в сущности, выздоровление, может быть, с легким психическим рубчиком, порой еле заметным, а иногда даже по-своему красивым (псевдопсихопатия). Все-таки пока пациентка как-то топчется в своей вялой уже психотике, постпсихотике. Похоже, что это все же шуб, и дай бог, чтоб этих шубов было поменьше в её жизни.

Что касается психотерапии, у меня такое впечатление, как у старого психотерапевта, что к психотерапии она пока не тянется и от психотерапии отталкивается пока. Что будет потом — видно будет. Такие большие, если это шубообразная шизофрения, несравненно большую часть жизни проводят в своем болезненном состоянии вне шуба, вне острой психотики. И вот тогда, случается, что нарастают субдепрессивные, неврозоподобные расстройства, тягостные переживания своей неполноценности, несостоятельности. Вот тогда необходима психотерапия вместе с лекарствами. Что касается лекарственного лечения, думаю, что то лекарственное лечение, которое здесь проводилось, ей все-таки основательно помогало в больнице. Спасибо.

Ведущий. Спасибо. Кто-то еще хочет что-то сказать?

И. Л. Кончасова. Марк Евгеньевич, скажите, пожалуйста, Вы сказали, к психотерапии она не готова. Как это? Она ведь адекватна. Она всё соображает. Почему она к психотерапии не готова? И почему лекарства можно назначать, как говорится, бессловесно, не подкрепляя это какими-то психотерапевтическими воздействиями? К какой психотерапии она не готова?

М. Е. Бурно. Спасибо за вопрос. О такой психофармако-терапевтической психотерапии Александр Генрихович говорил. Конечно, обязательно должна быть психотерапия вместе с лекарствами. Психотерапия психофармакотерапевта, которая здесь необходима. Видимо, я выразился неудачно. Речь шла о специальной психотерапии. — *А какую бы Вы предложили?* — Я не вижу, какую я мог бы предложить здесь специальную психотерапию, потому что у меня такое впечатление, что она специальную психотерапию отталкивает, она тут как-то не с нами вместе. А возможно ли помогать сложно психотерапевтически человеку, который к специальной психотерапии не тянется, не просит о помощи средствами души? Я чувствую ее формальность, немую просьбу оставить её в этом отношении в покое.

Ну, а что касается диагноза... Шубообразная шизофрения, постпсихотическое состояние. Если по МКБ-10 — параноидная шизофрения с эпизодическим течением.

Ведущий. Понятно. Кто что хочет еще сказать по поводу диагноза, лечения?

И. П. Лещинская. Вот сейчас будем заканчивать, и у меня такой вопрос. Почему этот случай нельзя рассматривать в рамках рекуррентной шизофрении, которая сейчас, в общем, достаточно редко нами ставится, а в основном идет шубообразная? Просто тут, может быть, как-то надо дифференцировать еще? Потому что в плане прогноза и лечения это важно. Александр Генрихович, если не трудно, уделите этому вопросу внимание.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ведущий. Давайте подводить итоги. Я думаю, что обсуждение показывает, какие сложности в психиатрии существуют при построении диагноза.

Ну, прежде всего, по поводу того, что мы предполагаем и что мы видим. Если у человека диагностируется органическое поражение мозга, это надо доказывать. Нельзя просто, посмотрев на человека, сказать “органик”. На основании чего? Значит, надо приводить какие-то данные. Что такое? Или у человека плохо с памятью, или какие-то другие гностические расстройства, или вы видите некие эмоциональные расстройства, характерные для психоорганического синдрома? — *Но она не обследована.* — Вы говорите, она не обследована. Не обследована, и не надо обследовать, потому что не надо тратить время на доказательство того, что нельзя предполагать. Потому что тогда нужно проводить абсолютно всем компьютерную диагностику вне зависимости от симптоматики. У неё на протяжении всей её жизни никогда не было никаких признаков органики. Она прекрасно переносит жару, она прекрасно переносит езду на транспорте, у неё очень редкие головные боли, а если и бывают, немедленно исчезают после принятия анальгетиков. Какие основания, для того чтобы говорить об органике? Никаких! Анамнез её об этом не говорит. Никогда не было никаких эпизодов, хоть отдаленно напоминающих что-то, что бывает при органическом поражении мозга. Даже если бы она перенесла четыре травмы головы, сегодня в статусе этого нет. Ничего нет. У нее вообще анамнез такой, где подозревать наличие органики нет оснований.

Также я думаю абсолютно невозможно предполагать наличие инсульта мозга, потому что у человека голова повернулась в связи с тем, что возникло поражение периферического нерва. Как можно на основании этого строить диагностику? А, может быть, был инсульт? Но так мы можем предполагать всё, что угодно. Если был инсульт, значит должна быть неврологическая симптоматика. Что за инсульт, который состоит только в том, что голова не поворачивается в одну сторону, потому что больно повернуть? Это разве признак инсульта? А всё остальное? Ведь если дело

дошло до того, что голова не поворачивается, значит, должны быть другие моторные расстройства, нарушения чувствительности. Ничего же не было. Поэтому я думаю, что предполагать можно тогда, когда для этого есть серьезные основания. А так эти предположения больше из области фантазии.

Теперь по поводу того, как развивалось заболевание. Да, конечно, наследственность отягощена — два суицида среди родственников. Но судя по тому, что было у неё в жизни, она была достаточно устойчивым человеком. И единственное, в чем проявлялась реакция на неприятности, — кратковременная плаксивость. Ну, допустимо в рамках абсолютной нормы. В ответ на реальные трудности обида и плаксивость. Никогда задержки, никогда ничего серьезного не было. Не было ни суточных колебаний — невозможно обнаружить, не было ни сезонных колебаний настроения. То есть, она в группу больных с чистыми аффективными расстройствами по анамнезу не очень укладывается.

А дальше что произошло и как оценивать? Ведь это же вечная проблема. Вот выделил Крепелин маниакально-депрессивный психоз и шизофрению. Было дихотомическое деление. Потом выяснилось, что это не удовлетворяет, что есть группа психозов, которые протекают так, как протекают бредовые психозы. А после того, как кончается психоз, ничего нет. То есть, вы видите человека, у которого дефекта нет.

Поэтому как относиться к тому, что мы должны квалифицировать это состояние как шуб? Шуб — это всегда психоз, после которого есть некая дефицитарная симптоматика. Если её нет, значит не шуб. Вот если вы помните описание, скажем, шизоаффективных психозов в руководстве Тиганова, то там даже иногда употребляется для описания шизоаффективных психозов выражение не приступа, а выражение “фазно-протекающих приступообразных состояний”. То есть, есть некое сближение с тем, что бывает при маниакально-депрессивном психозе. То есть, если считать, что есть психозы промежуточные между депрессивными и шизофреническими, то в это она укладывается.

Конечно, ни о каком психогенном происхождении всего, что мы видели и говорить не приходится. Потому что мало констатировать, что были неприятности на работе, лишение любимой работы, чувство обиды. Ну и что после этого? Бред инсценировки? Это же немислимая вещь. Так бы мы видели постоянно такую симптоматику после любой психической травмы. Это, конечно, невозможно объяснить.

А какая последовательность развития симптоматики? Ну, вначале была депрессия. Насколько я понимаю, было вначале проявление апатической депрессии. Потом состояние изменилось, и начало преобладать проявление тревожной депрессии с доминированием тревожного аффекта. А потом всё начало усложняться, потом уже к этому присоединились другие более сложные расстройства. Но, прежде всего, это, если считать, что это тревожная депрессия, то и особенность — выраженная растерянность с чув-

ством собственной психической измененности, что для обычной депрессии не характерно. Потом появляется идеаторное расстройство. Вот эти появления мыслей, от которых нельзя избавиться, которые возникают, даже возникают еще идеи воздействия, правда, они мимолетны, но было и это. И, наконец, возникает бред инсценировки настоящий, когда вокруг что-то происходит абсолютно непонятное, странное, по-моему, фигурировал даже термин “инсценировка”. Это острый чувственный бред. Этим дело не ограничивается. А дальше возникает тяжелейшее расстройство, когда вообще теряется ориентировка в окружающем, и потом все подвергается амнезии. И, конечно, сновидный характер всего этого, вплоть до того, что дело доходит чуть не до бреда гибели мира. Вообще всё рухнуло, вот только остался небольшой островок — ее дача и родные, а вообще рядом ничего нет. Лес есть, а что за лесом — неизвестно. Конечно, это психоз, на высоте которого возник онейроид.

Теперь как квалифицировать, поскольку мы все-таки должны делать это применительно к МКБ-10? Там строго разграничено. Там есть “тяжелый депрессивный эпизод с психотическими проявлениями”. Что это такое? Это когда к депрессии присоединяется или бред, или галлюцинации, или то и другое. Но самое главное, что бред не депрессивный, не просто бред осуждения, обвинения, а когда возникает бред, как говорят, неконгруэнтный, то есть не адекватный аффекту, бред преследования или же бред воздействия. Вот до бреда воздействия если доходит, уже существует другая квалификация. Бред воздействия и все проявления синдрома Кандинского-Клерамбо описаны только при шизоаффективном психозе. При атипичной депрессии, даже тяжелой, этого нет. То есть, если квалифицировать сейчас по МКБ-10, то надо ставить диагноз: шизоаффективный психоз.

Теперь по поводу оценки её состояния сейчас. Ну, вы знаете, если бы всё было так типично, и это был шуб, то мы бы таких данных, которые представил психолог, не получили. Она демонстрирует после тяжелейшего психоза абсолютную сохранность всех идеаторных проявлений. Нет расстройств мышления, которые можно заметить.

Что касается критики к тому, что было, то та степень критики, которая есть, по-моему, вполне достаточна. Конечно, она не психиатр, она не может очень многие вещи квалифицировать так, как мы квалифицируем. Но она понимает, что была болезнь, её страшит возможность повторения этого. А что касается того, что надо проверить некоторые вещи, то я её понял иначе. Надо проверить, потому что она не знает, что казалось, что было на самом деле, она хочет спросить у своих родственников, для того чтобы это выяснить. Но это, в общем-то, довольно рациональный подход к тому, что было с человеком, который перенес психоз.

Марк Евгеньевич, я не совсем согласен с тем, что больные, перенесшие делирий, несколько иначе относятся к тому, что с ними было. Очень часто бывает так, что после делирия, где тоже были идеи преследо-

вания, очень часто бывает так, что критика отсутствует до того момента, пока она не опровергнута реальным фактом. Скажем, больной в делирии видел, как убили его родственника, и абсолютно убежден, что это факт. Приходит родственник и больной говорит: “Да, я был не прав, я психоз перенес”. То есть, это можно рассматривать как резидуальный бред, нет критики к тому, что было в психозе. Но это опровергается реальным фактом. То есть, отношение к перенесенному психозу здесь, с моей точки зрения, не дает оснований говорить, что она очень изменилась. Для меня гораздо больше в смысле приближения именно к шизоаффективному психозу говорит то, что в симптоматике были описаны те вещи, которые при атипичной депрессии не должны быть. Описано было: “парамимия”. Это что? Это разве бывает при чисто депрессивных психозах? Это, конечно, проявление совершенно иного регистра.

Ну, и в целом, я думаю, что на сегодняшний день можно ограничиться диагнозом шизоаффективный психоз. Вопрос в прогнозе. Если читать всё, что написано по поводу шизоаффективных психозов, то одна часть — это люди, которые остаются сохранными. Больше того, следующие приступы протекают уже с очищением от параноидной и другой симптоматики. Они могут протекать как чисто аффективные. Это очень благоприятный вариант, но чаще это бывает при некоторых вариантах маниакальных и депрессивных. А вот в части случаев, и это даже в МКБ-10 подчеркивается, в дальнейшем может возникнуть дефицитарная симптоматика. То есть, иными словами, признается, что это может быть такой приступ, а дальше если будут повторяться приступы, то придется менять диагноз. То есть, если в дальнейшем обнаружатся характерные эмоционально-волевые нарушения и нарушения мышления, то тогда придется менять диагноз. На сегодняшний день, по-моему, можно ограничиться диагнозом: шизоаффективный психоз. На высоте, конечно, было сновидное помрачение сознания.

Теперь, как её лечить? С моей точки зрения, когда возникает такой психоз, и после его окончания нет депрессивной симптоматики, не нужно назначать антидепрессанты. Сегодня можно сказать, что этот человек в депрессии? Ни одного признака нет. Зачем антидепрессанты назначать? Тимостатики обязательно. И поскольку это был психотический эпизод, то, конечно, надо антипсихотик вводить. Совершенно разумно вводить антипсихотики с пролонгированным действием. Один раз это не сделали, она сама отменила лечение, — и вот обострение. Поэтому уж, по крайней мере, в течение года, конечно, она должна получать антипсихотическую терапию. Но тимостатики обязательно. Вопрос, так сказать, что подбирать? Ну, все противозипелитические препараты, которые являются тимостатиками, финлепсин можно давать ей, можно давать ламиктал. Один из препаратов должен быть.

Теперь в отношении психотерапии. Что сейчас психотерапевтически нужно устранять? Её отношение к болезни? Она относится с достаточной долей критики. Что еще нужно? Изменить её взгляды на ок-

ружающий мир? Такие же взгляды, как и у нас. Она совершенно нормально относится к тому, что вокруг происходит.

Другое дело, что во время общения с любым больным, конечно, любой врач должен быть психотерапевтом. Это не просто дать препараты и даже не сказать какие. Обязательно объяснить: зачем она принимает, почему надо долго принимать, какой препарат, какой побочный эффект. Вот это, конечно, психотерапевтическое сопровождение. Конечно, ей надо говорить о том, что если она будет принимать препараты, психоз не повторится. Это очень важно и существенно.

Но я не вижу по её статусу никаких оснований, для того чтобы использовать специальные виды психотерапии. Ну, какие специальные виды психотерапии? Она же вам не продемонстрировала то, что должно быть устранено. Что, у неё контакт с окружающими нарушен? Что, она не может использовать возможности, для того чтобы начать работать? Ничего этого нет. Она не относится к категории лиц, где нужно что-то корректировать сегодня. Дальше посмотрим, как это будет.

В целом, я думаю, что лечение было адекватным. Был выбран клопиксол, можно клопиксол. В общем, какой антипсихотик? Клопиксол хороший препарат, он дает не так много побочных эффектов.

Ну, вот в отношении амитриптилина и других антидепрессантов на сегодняшний день можно сказать следующее: если у вас не глубокая депрессия, тогда можно выбрать группу СИОЗС, серотонинергические. Но если перед вами тяжелая депрессия, то, конечно, нужны трициклические антидепрессанты, потому что по своей эффективности они намного превосходят. Если перед вами больной с настоящей эндогенной депрессией, то ему не ципрамил надо давать, а капать внутривенно анафранил или амитриптилин, или имипрамин в зависимости от структуры депрессии. И это 20 раз доказано, это признано теми, кто является сторонником современных препаратов. Это уже даже никем и не опровергается.

В целом я должен сказать, что, конечно, такие больные всегда ставят много вопросов. И мне кажется, что то, что сегодня мы побеседовали с этой больной, посмотрели и обменялись впечатлениями — это полезно, потому что это обращение к самым основным проблемам, с которыми встречаются психиатры.

Теперь по поводу выписного диагноза. Тут возникает очень сложная проблема. Понимаете, если вы пишете диагноз шизоаффективный психоз, то она не получит бесплатно лекарств. С другой стороны, она еще человек, который будет работать. Если вы ей сейчас поставите диагноз: шубообразная шизофрения, она получит бесплатно лекарства, но она, конечно, будет осуждена, потому что её могут не взять на работу, в особенности, если узнают, что она лежала в психиатрической больнице. Вот с этим всегда большая трудность, и это нужно учитывать.

Спасибо за то, что удалось побеседовать.

О психологических факторах снижения риска суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами

(К теме клинического разбора
“Циркулярная шизофрения или шубообразная шизофрения?”)¹

Н. А. Шатайло² (Днепропетровск, Украина)

Данный клинический разбор привлекает внимание как с точки зрения тонкостей диагностики и лечения представленной больной, так и с позиций некоторых суицидологических вопросов затронутых в ходе данного разбора. Этому способствуют особенности личности рассматриваемой пациентки с учетом упорного суицидального поведения, имевшего место у нее ранее (до десяти суицидальных попыток со слов пациентки). Но на момент клинического разбора, как можно видеть, была достигнута хорошая ремиссия, а угроза суицидального поведения снята. За счет чего это произошло и каковы резервы в этом отношении у работающих с депрессивными больными клиницистами — вопросы достаточно важные и заслуживающие внимания, поскольку они непосредственно связаны с сохранением жизни больного. Пациентка хорошо рассказывает о себе, поясняя свои состояния в моменты суицидальной активности. Эти достаточно ценные откровения позволяют, возможно, лучше понять психологическую составляющую суицида, что немаловажно для работы с пациентами такого типа. Поэтому выскажем некоторые суждения по конкретной работе с пациентами, склонными к суицидальному поведению, особенно рецидивирующему, поскольку такие случаи встречаются в практике врачей и клинических психологов, а опыт требует обобщения.

Одной из особенностей данного случая является красочность отображения самой пациенткой собственных болезненных состояний и мотивов суицидального поведения. Так, она с определенной рассудительностью говорит о мотивах собственного суицидального поведения, о тонкостях взаимоотношений с лечащими врачами и об особенностях примененной в данном случае психотерапии. Отраднo то, что пациентка осознала, что в случае возникновения суицидальных мыслей необходимо обращаться к соответствующим специалистам, и она нашла таких специалистов, возможно, в процессе длительного поиска.

И если раньше пациентка скрывала свои переживания болезненного свойства, то теперь она высказывает убеждения, которые следовало бы знать всем больным с подобной симптоматикой и их близким: “Потому что я понимаю сейчас, что мысли о самоубийстве — это признак плохого состояния, и они все

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”. Правда, надо признать, что квалифицировано в таких случаях могут помочь только специалисты-профессионалы. В быту существует упрощенное понимание данных вопросов и удержать суицидента от сложившейся мотивации его поведения могут далеко не все и не всегда. Поэтому суицидологические познания в определенной мере необходимы всем, кто в процессе своей жизни и работы может соприкоснуться с подобными случаями, с тем чтобы дать человеку разумный совет и направить его к соответствующему специалисту. Остановимся в этой связи на некоторых пока мало разработанных вопросах мотивации суицидального поведения с точки зрения самой структуры и динамики суицидального действия как целостного поведенческого акта. А материалы рассматриваемого клинического разбора могут послужить при этом конкретными примерами.

Наиболее полно и объективно мотивацию суицидального поведения изложил в своих трудах известный американский суицидолог Эдвин Шнейдман. На основании многолетних исследований и поисков причин и предпосылок суицидов Э. Шнейдман выделил десять “общих характеристик самоубийства”, ставших хрестоматийными:

- Общая цель (нахождение решения).
- Общая задача (прекращение сознания).
- Общий стимул (невыносимая психическая — душевная — боль).
- Общий стрессор (фрустрированные психологические потребности).
- Общая эмоция (безнадежность-беспомощность).
- Общее внутреннее отношение (амбивалентность)
- Общее состояние психики (сужение когнитивной сферы).
- Общее действие (бегство — эгрессия).
- Общий коммуникативный акт (сообщение о своем намерении).
- Общая закономерность (соответствие общему жизненному стилю поведения).

Эти характеристики часто используются специалистами при распознавании суицидальной угрозы при диагностике суицидального поведения у конкретных пациентов и в реабилитационной практике.

¹ НПЖ, 2012, 4.

² Клинический психолог высшей категории.

Рассмотрим мыслительные и эмоциональные составляющие мотивации суицида в их взаимосвязи. Мышление в состояниях суицидальной настроенности характеризуется сужением когнитивной сферы, односторонностью, ограниченной критичностью. Это так называемое “туннельное мышление”, отмечаемое многими авторами. Оно во многом субъективно и фиксировано на доминирующей идее. Аффективная сторона характеризуется по Э. Шнейдману невыносимой душевной болью, переживаниями безнадежности-беспомощности. Эмоции и мышление, как известно, взаимосвязаны и влияют одно на другое, что приводит часто к усугублению общего состояния. Возможности самостоятельного рационального разрешения своей непростой ситуации у субъекта значительно ограничены. Но Э. Шнейдман исследовал в основном случаи, когда субъекты переживали “фрустрированные психологические потребности”, а как обстоит в случаях, когда состояние пациента определяется депрессивным психотическим приступом? Косвенно на подобный вопрос находим ответ в откровениях пациентки Лены на клиническом разборе. Она поясняет следующее: “Ну, вот всегда, когда приходит мысль о самоубийстве, то главная мысль это “не хочу умереть”, а “не должна жить”. Объяснить такие суждения можно, очевидно, возникающими у таких больных идеями самоуничтожения, степень выраженности которых такова, что они становятся побудительными причинами суицидального поведения. Так, в нашей практике одна пациентка свою суицидальную попытку объяснила тем, что она себя в тот момент считала недостойной собственных детей. Поэтому наряду с душевной болью-психалгией при оценке суицидального риска важно учитывать наличие таких идей самоуничтожения и глубину их выраженности. А в побудительных факторах суицида мы должны усматривать наличие эндогенной составляющей, если она есть, и сложившийся стереотип протекания депрессивно-психотического приступа. Хотя такие состояния могут быть спровоцированы и внешними фрустрирующими личностные обстоятельством. Комплексность и системность подходов в таких случаях необходимы, что важно учитывать и в реабилитационном периоде лечения.

Если же анализировать суицидальное поведение, возникшее вследствие фрустрации значимых потребностей, утраты смысла жизни и иных неблагоприятных для человека значимых обстоятельств, то наряду с общими признаками-характеристиками суицидальной готовности есть необходимость рассматривать также динамику развития суицидального поведения от первичного замысла до выбора и приготовления средств и способов совершения задуманного. На первых порах развития такого состояния существует двойственность-амбивалентность — “быть или не быть”. Но она в конце-концов уступает место однозначному решению. И об этом также сообщает пациентка Лена на клиническом разборе: “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 отметала, как вот отрезала, и просто пошла и сделала, и поехала в реанимацию потом”. На первый взгляд возникает мысль о некоей легковесности такой мотивации и это так, но объяснения суицидов коренятся гораздо глубже. Сами пациенты далеко не всегда могут дать своим действиям рациональную оценку. Объяснения в данном случае находятся в плоскости системного анализа поведения личности в сложившихся обстоятельствах, учета целостности психического состояния, его качественной определенности, а также индивидуальных свойств личности, психологических и психопатологических феноменов, проявляющихся в поведении человека в экстремальных ситуациях.

Для объяснения суицидов немаловажно учитывать состояние психологической защиты у данных личностей. Она существенно изменяется в таких ситуациях, иначе говоря, претерпевает специфическую инверсию. Рассмотрим это детальнее. Как справедливо отмечает Э. Шнейдман, суицид представляется субъекту как некое решение собственной неблагоприятной ситуации. Вначале эта мысль приходит как вариант, предположение, как выход, снимающий тягостную проблему. И если при этом возникло уменьшение внутреннего напряжения, душевной боли, — а так часто случается — то эта мысль фиксируется и человек отчасти успокаивается. Происходит мотивационная инверсия психологической защиты личности. Если раньше система психологической защиты соответствовала успешности поведения и окрашивалась позитивными эмоциями, то при суицидальном повороте поведения идея суицида, то есть самоустранения из жизни, приобретает более позитивную окраску в сознании субъекта, нежели идея жить в плохой ситуации. При когнитивном сужении, неполной критичности и значительном снижении прежней жизненной защиты суицидальное поведение становится высоко вероятным.

В перечне характеристик суицида Э. Шнейдман указал и на общую закономерность — соответствие такого поведения общему жизненному стилю. Как понимать это положение? Ведь до определенного момента суицидальность не была свойственна данному человеку. И сам он не предполагал, что такое с ним может случиться. Но если рассматривать многие разновидности суицидов, то можно усмотреть, что некоторые совершаются как акты самопожертвования, другие как способ оградить близких от реального или предполагаемого ущерба по вине суицидента, как способ сохранить честь и достоинство, как акты протеста или призыва к важным по мнению суицидента проблемам, то можно увидеть в таком поведении мотивы, соответствующие прежним упрочившимся принципам и стилям поведения. Другое дело что эти мотивации в указанных случаях значительно гиперболоизированы и не всегда единственны. И если все ог-

раничивается лишь попыткой суицида, то врачу и психологу есть над чем поработать, реабилитируя данную личность, апеллируя к ее базовым ценностям, убеждая и доказывая неверность и нерациональность суицидального способа решения проблем.

При психотерапии (психокоррекции, реабилитации), если речь идет о комплексно-системном подходе, важно изменить мотивацию недавнего суицидента от самодеструктивной к жизнезащитной. Это требует немало сил и времени, индивидуальной и групповой работы с пациентами. Интересный и показательный опыт такого индивидуального пересмотра собственной мотивации показала нам сама пациентка Лена, почерпнувшая из литературы фразу, “жизнь — война, а суицид — это дезертирство”. “Эта установка, — как сообщает пациентка, — придает мне сил. И от этого я

чувствую ценность жизни”. Здесь, разве что, стоит заменить слово “война” на слово “борьба”, но в принципе подобные жизнеутверждающие императивы достаточно действительны. Работая над когнитивной и эмоциональной составляющими поведения пациента, учитываем, что мотивация является целостной системой и направляем ее к реальным гуманистическим ценностям, не забывая, что успех определяется в значительной мере неформальным доверительным отношением к пациенту и искренним желанием ему помочь. Если пациент почувствует это, то обязательно обратится в трудную минуту, что имеет принципиально решающее значение. В чем нас и убедил клинический разбор интересного и полезного в познавательном отношении случая.

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

14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания

www.wpamadrid2014.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

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

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

Хенрикус Корнелиус Рюмке (Henricus Cornelius Rümke) (1893 – 1967), голландский психиатр, особенно известен, в том числе в России, своим классическим симптомом чувства шизофрении — Praesox-Gefühl Rümke(1957). Работа Рюмке “Практический опыт психотерапии” (1929), помещаемая ниже, переведена на русский язык с немецкого незабвенной Евгенией Григорьевной Сельской, которой Журнал навсегда благодарен и за опубликованные переводы Груле, Берце, Клези. Все эти переводы несут в себе стремление как можно точнее, тщательнее передать оригинальную мысль и чувство глубоких психиатров. Практическое существо настоящей, современной и сегодня, работы Рюмке, думается, состоит в следующем: когда стоит и когда не стоит помогать пациентам психоанализом.

В оригинале работа Рюмке опубликована в книге: “Отчёт о IV Медицинском Конгрессе по психотерапии” Бад Наухайм, 1929 (Von H. C. Rümke, Amsterdam. Praktische Erfahrungen zur Psychotherapie // Bericht über den IV. Allgemeinen Ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Bad Nauheim 11. Bis 14. April 1929. Herausgegeben im auftrage der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie vom Geschäftsführer Walter Cimbal-Altona. Verlag von S. Hirzel in Leipzig, 1929. S. 126 ä 134).

М. Е. Бурно

Х. Рюмке

Практический опыт психотерапии

Одной из наиважнейших проблем, стоящих перед психотерапевтом, является проблема показаний и противопоказаний аналитико-синтетической терапии и, в связи с этим, прогноза лечения. От решения этой проблемы зависит, когда и в какой степени уместно применение психотерапии. Как можно судить о значимости той или иной терапии, если нам неизвестна область показаний. Вопрос о том, каким больным показано аналитико-синтетическое лечение, можно рассматривать с практической и теоретической точек зрения. Теоретическое рассмотрение имеет огромное значение. Однако, большинство терапевтов руководствуются практическими соображениями. Они начинают с одной из легких форм терапии — в особенности, с первичными больными, — переходя затем к более глубокой терапии. Надо признаться, что **очень** многим больным помогает легкая терапия, в том числе и таким больным, у которых на первый взгляд серьезнейшее нарушение. Если подобной терапией мы не добиваемся результата, то можем перейти к тщательному анализу, причем этот переход не должен быть резким. Больной словно “вплывает” в психоанализ.

Пятьдесят больных, с которых я начал свои исследования, я очень четко разделил относительно показаний. Это следует учесть, оценивая результаты терапии. Двадцать шесть больных из этих пятидесяти я считаю излечившимися. У девятих наступило улучшение, у пятнадцати улучшений нет или наступило ухудшение. Цифры достаточно красноречивы: метод, где излечение наступило лишь у половины

больных даже после тщательно проделанной индикации, оставляет желать лучшего. Можно утешаться мыслью, что без нашего лечения больные точно бы не выздоровели, но, по моему мнению, это не решение проблемы. Не стоит недооценивать финансовые, а также временные затраты — не говоря уже о моральной стороне, — как для больного, так и для врача. Также не следует забывать, что состояние больных в некоторых случаях ухудшается, т.к. у них возникает невроз анализа — а он часто бывает намного тяжелее исходного заболевания. Наконец, я считаю серьезным фактором то, что анализ, и так уже многими неправильно оцененный, может потерять доверие людей от любой неудачи, — а это принесет больному, ожидавшему от него спасения, большой вред. Едва можно ожидать общественной поддержки психотерапии, основанной на психоанализе, пока он не добьется лучших результатов. Все эти соображения привели меня к пересмотру показаний и противопоказаний. Я повторю, мои индикации и так были строгими. Прежде всего, я исключил все психозы. Я никогда не занимался шизофрениями в начальной стадии. Я также исключил тяжелых психопатов в силу ненадежности их характера. Кроме того, больной должен был обладать развитым интеллектом, это было мое требование. Практика показала, что всех этих требований недостаточно. Следует изучить, какие еще моменты, кроме всех оговоренных, надо учитывать. С этой целью я провел эпикритическое рассмотрение первых пятидесяти пациентов, подвергнутых аналитико-синтетиче-

скому лечению. Сегодня я сообщу вам о результатах. Основной задачей моих исследований было определить, какие больные полностью излечились, на каких лечение совершенно не подействовало, а также кому из больных стало хуже. Группа “средних” больных — это наиболее субъективно оцениваемая группа. В подобных случаях всё дело в темпераменте исследователя, отнесет ли он эту группу к излеченным или неизлеченным. Я понял, насколько тяжело объективно оценить собственные результаты, просмотрев собственную статистику от 1925 г. Теперь я был удивлен, увидев, что некоторых пациентов я в то время относил к излечившимся. Больные, о которых мы говорили, закончили лечение менее года назад. Относительно пятнадцати у меня есть полная уверенность, что их состояние остается хорошим. Я узнавал это от них самих, от их врачей или от третьих лиц, которым можно доверять. Что касается остальных, то их состояние можно оценивать лишь с большой долей вероятности. Проблема определения, излечен ли больной или нет, еще, по моему мнению, не решена. Я допускаю даже, что эту проблему нельзя решить в принципе. В то же время можно говорить об эмпирическом выздоровлении, если пациент снова отвоевал полную способность действий, если ожили его бодрость и жизненная сила, если он вновь идет по жизни, если и не с чувством счастья, то, во всяком случае, с естественным веселым настроением. Добавим сюда, что он теперь может жить и без врача — это не значит, что он вообще никогда не консультируется с врачом и не спрашивает его совета в отдельных трудных случаях. Я полагаю, что человека можно считать излечившимся, даже если он от случая к случаю консультируется с врачом.

Важным критерием выздоровления является знание пациента, что болезнь помогла ему в развитии души.

Давайте поговорим о роли диагноза для показаний и прогноза. Принято считать, что невроз навязчивых состояний имеет худший прогноз, чем истерия (Зиммель). Странно, что психотерапевт применяет диагностику, которую психиатры давно считают недостаточной. Видимо, это одно из следствий того обстоятельства, что психотерапевт не всегда бывает хорошим психиатром. Среди моих пациентов были лишь немногие, которых можно было охарактеризовать, поставив подобные диагнозы. Все неврозы происходят из конституции и характера, следовательно, диагноз — это глубокое понимание личности больного как целого. Для этого требуется основательное знание характерологии. Является ли типология, столь часто предваряющая характерологию уже достаточно зрелой (как об этом сообщается в различных рефератах нашего конгресса) для того, чтобы ее использовать в наших целях, — это для меня открытый вопрос, и я, скорее, на него отвечу “нет”, основываясь на личном характерологическом опыте. По моему мнению,

время для общей типологии еще не наступило, а поэтому, я полагаю еще рано назначать лечение на основании типологических данных. Это причина того, почему я подхожу к исследованию моих пациентов не на основании их принадлежности к какой-либо признанной типологической группе. Разумеется, я всегда стремился охватить личность больного в целом. Притом характерология КЛЯГЕСА, во всяком случае, по моему мнению, необходима, если речь идет о статическом понимании личности. Для знания геза характера и оценки валентности личности, касающейся возможного дальнейшего развития характера, ее недостаточно, поскольку лечение — это, в конце концов, нечто другое, чем направление развития характера. Опираясь на наши знания, пойдем дальше — я не имею в виду великие динамизмы, открытые психоанализом, такие, как построение идеального “Я”, варианты Эдипова комплекса, компенсации и т.п. стимулов, влечений, инстинктов и тенденций, регуляции и интеграции, а также психической энергии. В этой связи надо отметить огромное значение работы фон МОНАКОВ, а также исследования МЭДЕРА (MAEDERSCHE Studien) об интеграции. Обследование излеченных пациентов показало, что именно вышеупомянутые инстанции являются решающими для терапевтического процесса. Примечательно, что у излечившихся пациентов широко представлен стенический темперамент. Вначале я был неприятно удивлен этим обстоятельством, затем многое понял, когда увидел развитие неврозов первой половины жизни и ее второй половины. Кроме стенического темперамента очень важными оказались следующие качества (они обнаруживались почти у всех излечившихся): пластичность и калибр личности. Первое качество, видимо, является свойством структуры, второе же нельзя обозначить точнее. Хотя его и невозможно точно определить, но воспринимается оно как комплексное состояние личности, которое невозможно охватить логикой. У таких людей сквозь невротическую маску, сквозь серьезные перверсивные явления видно величие их души. Это чувствуется: перед нами личность, не мелочная, с достоинством. Это чувствуется в истинном пафосе, в интенсивности переживаний, в способе выражения своих жалоб. Еще один важный фактор, по всей видимости, связанный с предыдущим, — это наличие того, что я вслед за МЭДЕРОМ (MAEDER), фон МОНАКОВЫМ (von MONAKOW), и Мак ДУГАЛЛОМ (McDOUGALL) называю **способностью к интеграции**. Видимо, этот фактор теснейшим образом связан с общей витальностью, с “tension psychologique”, с биотонусом ЭВАЛДА (Ewald) и психотонией ЦЕХАНДЕЛАРА (Zeehandelaar). Способность к интеграции для меня — залог успеха терапии. Способность к интеграции — это момент, который собирает отдельные стороны личности в единое целое, выравнивает личность, находящуюся постоянно в лабильном равновесии, при

его нарушении. Личность — это не данное раз и навсегда, застывшее единство, личность должна снова и снова приводить сама себя к этому единству. Хорошо развитая способность к интеграции — условие для здорового развития личности. А высвобождение этой способности является, по-видимому, главным фактором выздоровления. Таким образом, не будет пред-рассудком мнение, что здоров тот человек, чья способность к интеграции функционирует без перебоев. За хороший прогноз говорили следующие явления: стенический темперамент, пластичность, калибр более среднего, хорошая интегрирующая функция. Впо-ру задать вопрос: а разве такие люди больны? Такие люди — больше, чем здоровые. Разве им нужна пси-хотерапия? На самом деле, она им нужна еще больше. Попробуем это доказать.

Существенным оказалось отличие неврозов вос-ходящей жизненной линии и нисходящей или преж-девременно остановившейся. С этих позиций стано-вятся ясными вышеупомянутые явления. Эта точка зрения основана на известной теории, что неврозы — это, частично, нарушения развития. Я хотел бы обра-тить внимание на великие теории психоанализа, а именно — на исследования МЭДЕРА (MAEDER) и ХАТТИНГБЕРГА (HATTINGBERG) в книге БИРН-БАУМА (BIRNBAUM) и в брошюре “Является ли нервность болезнью?” В этой связи большое значение имеют исследования ШВАРЦА (SCHWARZ) на прош-лом конгрессе “Симптомы или деятельность”. Од-нако, моя точка зрения всё же имеет отличия. Суще-ствуют неврозы, возникающие в силу того, что личность, полагавшая, что какой-то этап ее жизни за-вершен (завершенность эта могла выражаться в опре-деленных отношениях в обществе, в профессии или браке, в мировоззрении или отношении к религии), в действительности этот этап не завершила, и существ-ственным будет здесь биологическое нарушение — затянувшийся пубертат. Невроз возникает оттого, что в личности чего-то слишком много, взаимоотношения слишком тесны, у личности существует тенденция к большей области выражения (хотя сама личность это-го и не знает), более глубокому эротическому удовле-творению, более сильным сексуальным контактам. Если этого личность себе не позволяет, то начинают сказываться тенденции, которые до этого были вы-теснены или оставались незамеченными личностью. Эти тенденции дают, согласно известным динамиз-мам, невротические явления. Часто можно увидеть, что сохраняются определенные инфантильные при-вычки, фиксации, отколы (Abspaltungen) (например, в сексуальной жизни) до определенной фазы, не вызы-вая никаких нарушений. Так, например, долгое время может наблюдаться разделение между эротикой и сексуальностью без какого-либо нарушения, пока внезапно пробудившееся этическое чувство, в одно-часье или постепенно пробившее себе дорогу, стрем-ление к совершенству, делает невыносимой ситуа-

цию, до сих пор более или менее терпимую. Индиви-дуум устремляется к новой ступени интеграции. Час-то этот кризис бывает очень серьезным. Глубинные психологические факторы тормозят процесс; возни-кают формы реакции, гиперкомпенсации; невроз раз-вивается полным ходом. У всех моих излечившихся пациентов был зафиксирован этот процесс.

С этой точки зрения становится очевиден пара-докс здоровых больных. Невроз возникает здесь из позитивного момента, этим объясняется и одновре-менное наличие высокой валентности в характере. Совсем по-другому обстоит дело во второй группе. Здесь все возникает из негатива. Невроз — это над-стройка на биологическом и психическом дефиците, первичной недостаточности в жизни инстинктов, пер-вичной недостаточности интегрирующих функций. Здесь прогноз аналитической терапии будет очень плохим. Анализирующий увидит здесь, к своему ужасу, что элементы, освобожденные посредством анализа, не ведут к новому синтезу, они не обрабаты-ваются. Здесь по праву можно сказать: “переанализи-ровались”. Нет аналитиков, которые бы не сталкива-лись с этим. И не удивительно, что стеничность в таких случаях весьма невысокая. Здесь низка способ-ность к интеграции, часто с периодами хронической дезинтеграции, когда автономные импульсы должны были регулировать новые контакты с миром. Здесь нет результата работы, здесь всё — симптом. Если с такими людьми проводить анализ — а если его про-водить, то это будет долгий процесс — то можно найти почти все глубинно-психологические психизмы, все комплексы будут осознаны. У этого слабого типа со-противление не очень велико, покровы довольно про-зрачны, личность скоро будет готова их скинуть. Не-опытный врач подумает, что он многого достиг, что дела идут хорошо, пока он вдруг не обнаружит, что не достигнуто ничего. В другой группе положение пря-мо противоположно. После не очень длительного ана-лиза, выявившего не все классические взаимоотноше-ния, мы имеем великолепные результаты. Эти относительно здоровые люди приносят радость и сла-ву терапевту. Я часто задавался вопросом: неужели этим людям необходимо было такое энергоемкое и дорогое лечение? Такие вопросы возникают, когда мы имеем дело с выздоровевшим пациентом. Если вспомним состояние больного, когда он впервые при-шел к нам, то поймем, что здесь необходима была срочная глубинная терапия. Среди моих пациентов подобного рода найдется достаточно людей, прошед-ших различные способы лечения, они болеют уже годы, и существует угроза их жизненной перспективе и счастью. Тот факт, что здесь стимулом к выздоров-лению послужил не личный контакт с врачом, объяс-няется тем, что я неоднократно действовал по методу, названному МОНАКОВЫМ (MONAKOW) конверси-рующей (konversierend) терапией, причем я не про-двинулся дальше ни на шаг. Проведенная lege artis

аналитическая терапия по этому методу дала желаемые результаты. Примечательное явление (видимо, это проистекает из того факта, что скованный стенический человек должен бы прийти к чувству собственной неполноценности и гиперкомпенсациям), что именно у излечившихся пациентов были сильно проявлены АДЛЕРОВСКИЕ динамизмы. Я вовсе не хочу этим утверждать — я могу подкрепить это примерами, — что высвобождения этих психизмов было достаточно для выздоровления; во всяком случае, многим пациентам этого было недостаточно.

Видимо, дальнейшие исследования раскроют новые явления, а они дадут возможность прогноза лечения уже после краткой предварительной терапии. Анализ личности по ЙОЛОВИТЦУ (JOLOWITZ) сослужил мне в этом хорошую службу. Сам я по намекам проводил поиски в структуре сновидений. Я вовсе не имею в виду сейчас заниматься проблемами сновидений. Разные аналитические школы уже высказывались по этому поводу. Я хочу лишь указать на структуру сновидения и его содержание: ведь это поможет нам ответить на вопрос, относится ли тот или иной больной к группе позитивных или негативных невротиков. Сравнительное исследование сновидений обеих этих групп выявило следующее. Пожалуй-ста, поймите меня правильно. У всех видов больных можно найти все виды сновидений. Речь идет лишь о том, какой вид сновидений является главенствующим. Это не поддается статистике, для этого надо было бы знать все сновидения всех больных, а это практически невозможно. А если статистика не дает нам уверенности, то я опираюсь на свой опыт, он дает мне субъективную уверенность. И если я понимаю, что всё последующее не может притязать на общезначимость, то я все же достаточно уверен, что это заслуживает обсуждения. У выздоровевших пациентов часто встречались сновидения, ориентирующие больного относительно его конфликта. Этого рода сновидения часто имеют место в начале терапии. Так, этическая проблема “или-или” отразилась в следующем сновидении. Молодая женщина с беспорядочной эротической жизнью, мучимая страхом и чувством вины, но еще не осознающая этических требований, видит во сне, будто она идет по узкой непроходимой тропинке, и, в конце концов, она заблудилась. Она якобы доходит до перекрестка и видит дорожный указатель. Там написано: в одну сторону — “на Каноссу”, в другую — “на свидание”. Этот пример очень хорошо иллюстрирует мою мысль. Я мог бы привести еще множество подобных. Другую группу сновидений больных с хорошим прогнозом составляют сновидения, демонстрирующие внутреннюю решимость. В этих сновидениях больные сами принимают решения, делают выводы и вносят ясность в картину сновидения. По отношению к людям из своих сновидений они ведут себя так, словно ставят им диагноз. Одному врачу приснилось, что у него парализована нога. И якобы

сомневались, где наступил паралич — в центральной или периферической области. Он сам якобы утверждал, что в центральной. Консультировались с лучшими неврологами страны. Те утверждали, что имеет место паралич периферической области. Сам спящий якобы настаивал на том, что парализована центральная часть. Анализ сновидения показал, что паралич репрезентирует очень “центральный” внутренний процесс. Очень показательны так называемые биографические сновидения; они говорят об очень высокой способности к интеграции. Я не часто сталкивался в своей практике с такими сновидениями, но если сталкивался, то они наблюдались у очень развитых, богатых личностей. В этих сновидениях отображалась вся биография личности в нескольких ситуациях. Мне, конечно, известно мнение, что каждое сновидение содержит всю биографию спящего. Я имею в виду другое. В сновидениях, о которых я говорю, биография изложена ясными линиями. Собственно проспективные сновидения, о которых МЭДЕР говорил вначале, встречаются, согласно моему опыту, относительно редко и имеют также хороший прогноз. И, наконец, позвольте обратить ваше внимание еще на одно явление, которое я называю ритмичным появлением и исчезновением определенных мотивов сновидений. Так, иногда встречается ряд сновидений, где мотивом выступает внутренняя ориентация. Затем следует ряд сновидений, содержанием которых будут взаимоотношения с родителями. Затем на сцену выходит личный сексуальный мотив. Вслед за этими сновидениями идут сновидения с переработанными религиозными мотивами. Мотивы сновидений следуют друг за другом краткими или более долгими фазами, при благоприятном стечении обстоятельств они длятся большей частью одну-две недели и возвращаются иногда в той же последовательности, но при этом происходит всё более глубокая переработка тематики. У пациентов, совершенно не поддавшихся моей терапии, почти всегда отсутствовали эти спонтанные фазы. У таких больных месяцами не менялся мотив сновидений. Бывало, что неделями сохранялись неприкрытые развратные сновидения (порнография в сновидениях).

На основании моего опыта работы со сновидениями я придерживаюсь мнения, что хорошо структурированные и ясно оформленные сновидения являются хорошим признаком, в то время, как длинные запутанные (диспластические) сновидения — нехороший знак, хотя это вовсе не означает плохого прогноза. Следовательно, несмотря на очень строгий отбор больных для аналитической терапии, некоторым моим пациентам она не помогла. Мои клинические исследования добавили мне несколько пунктов для определения показаний и прогноза. Исследование характерологии должно помочь нам в этом. Показанием для нашего лечения являются все неврозы восходящей линии жизни. К ФРЕЙДОВСКОМУ требованию

определенной степени образованности и относительной надежности характера добавляем условие стенической способности выше среднего, хорошо развитой функции интеграции и благоприятной картины сновидений, подобно вышеописанной. К противопоказаниям относятся все неврозы нисходящей линии жизни, астенический темперамент, недостаточная интегративная функция, проявлявшаяся в течение всей жизни. Под конец мне хотелось бы детальнее осветить наиболее яркое противопоказание при неврозах. Это противопоказание нельзя переоценить. Нашей задачей не является разрушение счастья группы людей ради доказательства правды. Дикая утка ИБСЕНА может многое поведать нам о трагических последствиях фанатичной борьбы за правду ГРЕГОРА ВЕРЛЕ. К сожалению, таких Грегоров еще много среди психотерапевтов. Видимо, это связано с инфантильными чертами, еще не преодоленными нашей наукой. Последним пунктом, который я хотел бы осветить, является проблема допустимости и недопустимости глубинной терапии. Возникает вопрос, знает ли пациент или его ближайшее окружение, что это такое. Я сам неоднократно задавал вопрос излечившимся пациентам, сделало ли это их счастливее. А в отношении неизлеченных пациентов тягостный ответ на этот вопрос и так ясен. Во время многочисленных сеансов анализа возникает полный отрыв от корней, состояние, которое я могу назвать не иначе, как постаналитическая изоляция. Больной отчужден от своей среды, которая некоторым образом поддерживала его невроз. Больной должен создать для себя со-

вершенно новую среду. В этом мы ему можем помочь очень немногим. Прежде чем решить, переходить ли нам к аналитической терапии или нет, мы должны задаться вопросом, выдержит ли данный больной такую переориентацию. Часто на этот вопрос нет ответа. Мое личное мнение таково: изменение не тяготеет в совершенно новой форме жизни. В этом отношении нам следует быть очень скромными. Мы лишь участвуем в создании нового человека — человека, готового и без анализа возродиться. Мы, в общем-то, лишь акушеры. Действительно ли человек возродится, на этот вопрос мы точного ответа не дадим. Одно точно: анализ разрушит моральные стереотипы. Иными словами, анализ подвергнет бюргера опасности. Я вовсе не иронизирую. Кто отрицает право — нет, необходимость — быть хорошим бюргером, отрицает всё современное общество. Поэтому противники психоанализа, если они выступают поборниками старого, заслуженного буржуазного общества, имеют на это больше права, чем принято думать. Поэтому следует и подумать, имеется ли тенденция освободиться из тисков этого общества. И лишь тогда допустимо приниматься за анализ. Рекомендуется предварительно провести разъяснительную беседу с больным. Это требует огромного такта, дабы ничего не испортить. Если больной является истым поборником буржуазных ценностей, то не следует предпринимать анализ.

Стараться превратить обывателя в Карамазова смешно, оставим ему его невроз как скромный знак вождя свободы.

Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
**БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ:
ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ**
27 – 30 октября 2013 г., Вена, Австрия
www.wpaic2013.org

“Обратить к немедленному исполнению...”

(О сроках исполнения решения суда
об отказе в недобровольной госпитализации)

Ю. Н. Аргунова

В статье утверждается, что судебное решение об отказе в удовлетворении заявления представителя психиатрического учреждения о недобровольной госпитализации лица подлежит немедленному исполнению до его вступления в законную силу. Рассматривается вопрос об инициировании процедуры обращения решения суда к немедленному исполнению. Приводится судебная статистика и практика принятия решений об отказе в недобровольной госпитализации. Формулируются предложения по совершенствованию законодательства

Ключевые слова: недобровольная госпитализация; немедленное исполнение решения

Помещение лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке в случаях, предусмотренных ст. 29 и ч. 4¹ ст. 28 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи), осуществляется в судебном порядке по заявлению представителя психиатрического учреждения. Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет или отклоняет его. Иных форм принятия решений ст. 35 Закона о психиатрической помощи и ч. 1 ст. 305 ГПК РФ не предусматривают.

Вместе с тем, анализ судебной практики показывает, что в случае отказа лечебного учреждения от заявленных требований (в основном, в связи с получением от лица добровольного согласия на госпитализацию) суды прекращают производство по заявлению, что не отвечает требованиям Закона. В данном случае вопрос подлежит разрешению по существу с вынесением решения об отказе в удовлетворении заявления, поскольку отсутствует сам факт отказа либо уклоне-

ния лица от лечения в психиатрическом стационаре, который является значимым при рассмотрении вопроса о госпитализации в недобровольном порядке.¹ Суд обязан отказать в удовлетворении заявления о недобровольной госпитализации также в случае, если гражданин непосредственно в судебном заседании заявит о том, что он согласен на госпитализацию.² Некоторые областные суды, тем не менее, считают правильной практику прекращения производства по делу со ссылкой на абзац четвертый ст. 220 ГПК РФ, если лицо дало согласие на лечение в стационаре либо было выписано из стационара на день рассмотрения дела в суде либо в случае смерти пациента³.

По данным судебной статистики, с 2007 по 2010 г. число поданных в суд заявлений о недобровольном освидетельствовании или госпитализации лица возросло на 76 % (с 26,5 тыс. до 46,7 тыс.). С 2011 г. этот показатель начал снижаться и в 2012 г. составил 41,4 тыс. заявлений. Ежегодно в среднем по 1,2 тыс. заявлений дела прекращаются (обычно в связи с отка-

¹ Справка Пермского областного суда от 14 октября 2004 г. по практике применения судами Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

² Свердловский облсуд признал неправильными действия Верх-Исетского райсуда г. Екатеринбурга при рассмотрении дела о недобровольной госпитализации гр. П. Согласно протоколу судебного заседания гр. П. после слов: “Я считаю, что я здоров” сразу же дал согласие на госпитализацию. Суд не стал ничего выяснять и, получив от учреждения отказ от заявления, прекратил производство по делу. Аналогичная ошибка была допущена Первоуральским горсудом. Получив заявление больницы о прекращении дела о недобровольной госпитализации гр. Б., суд, не заслушав участников процесса, прекратил производство по делу, указав, что гр. Б. дала письменное согласие на госпитализацию. Подобные ошибки могут привести к росту числа жалоб на действия врачей-психиатров, поскольку после прекращения производства по делу гражданин будет находиться в больнице как давший согласие, да к тому же в присутствии суда.

(См.: Справка Свердловского областного суда от 23 сентября 2004 г. по результатам обобщения практики рассмотрения дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар (о продлении срока принудительной госпитализации) и принудительном психиатрическом освидетельствовании).

³ Справка Ульяновского областного суда по результатам обобщения судебной практики по делам об оказании психиатрической помощи, рассмотренным судами Ульяновской области за 2003 г. и 1 полугодие 2004 г.

зом психиатрического учреждения от заявленных требований) или остаются без рассмотрения; от 150 до 300 дел передаются в другие суды. Рассматриваются по существу 97 % поданных в суд заявлений. Суд почти всегда соглашается с мнением врачей и лишь в 2 % случаев отказывает⁴ в удовлетворении заявления: в 2011 – 2012 г. — соответственно в 754 и 824 случаях. При этом за два последних года судами было вынесено свыше 40 частных определений в связи с выявлением случаев нарушения законности⁵ при освидетельствовании или госпитализации лица без его согласия.

Согласно ч. 2 ст. 35 Закона о психиатрической помощи и ч. 2 ст. 305 ГПК РФ решение судьи *об удовлетворении* заявления медучреждения является основанием: а) для уже произведенной госпитализации лица и б) для его дальнейшего содержания в психиатрическом стационаре.

По решению судьи *об отказе* в продлении недобровольной госпитализации (если такое решение вынесено не по причине получения от пациента согласия на госпитализацию) в соответствии с ч. 3 ст. 40

⁴ Судебная коллегия по гражданским делам Верховного Суда Республики Мордовия отменила решение Лямбирского райсуда об удовлетворении заявления МРПБ о недобровольной госпитализации гр. И. и вынесла по делу решение об отказе в его удовлетворении. Суд первой инстанции исходил из того, что имевшееся у гр. И. психическое расстройство являлось тяжелым и требовало лечения в условиях стационара, от которого гр. И. отказывалась, а “оставление ее без психиатрической помощи влекло опасность для нее и окружающих”. Однако в заключении врачей больницы было указано лишь на то, что, со слов сопровождающего, гр. И. состоит на “Д” учете с 1973 г. и ни разу не лечилась в МРПБ. Других доказательств, которые свидетельствовали бы о характере и тяжести психического расстройства гр. И. и ее непосредственной опасности для себя или окружающих, представлено не было. (См. Обзор судебной практики Верховного Суда Республики Мордовия по гражданским делам (2-е полугодие 2010 г.).

⁵ Люберецкий горсуд отказал в удовлетворении заявления ПБ о недобровольной госпитализации гр. Ф., поступившего в стационар по скорой помощи из отдела соцзащиты населения, куда он пришел выразить недовольство по поводу невыдачи ему пенсии по инвалидности. Представитель органа соцзащиты, временно выполнявшего функции опекуна гр. Ф., признанного недееспособным, в судебном заседании пояснил, что гр. Ф. явился к ним в неопрятном виде, одетый не по сезону, ночевал на улице. Гр. Ф. объяснил свое поведение тем, что из-за невыдачи пенсии он лишен средств к существованию. По мнению представителя органа соцзащиты, помещение гр. Ф. в ПБ будет соответствовать его интересам, поскольку это необходимо для определения гр. Ф. в ПНИ, для чего ему требуется сдать анализы. Как указал суд в своем решении, само по себе признание гр. Ф. недееспособным, а также необходимость забора у него анализов для направления в ПНИ не могут служить основаниями для помещения в психиатрический стационар в недобровольном порядке без наличия признаков тяжелого психического расстройства и необходимости в лечении (решение от 18.11.2011 по делу № 2-7761/11).

Закона о психиатрической помощи производится выписка пациента. Признание в ч. 3 ст. 40 Закона в качестве основания для выписки лишь решение суда об отказе *в продлении* недобровольной госпитализации является некорректным, поскольку создает пробел в законе. Такое решение суд может принять не по заявлению учреждения в суд в связи с необходимостью ее продления по истечении 6 месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар без его согласия (ч. 3 ст. 36 Закона о психиатрической помощи). Несомненно, что основанием для выписки пациента из стационара должно служить решение суда либо об отказе в недобровольной госпитализации либо об отказе в продлении такой госпитализации.

Порядок и срок исполнения “отказного” решения законодательством не предусматриваются, что приводит к затягиванию выписки пациента и при определенных условиях может быть квалифицировано как незаконное задержание (ограничение свободы) гражданина.

На практике большинство психиатрических больниц приступает к исполнению такого решения, хотя и неохотно, но добровольно, фактически сразу после его провозглашения. При наличии активного представительства интересов пациента в ходе судебного разбирательства и по его окончании выписка пациента обеспечивается, как правило, в день принятия решения. Выдача пациенту (его представителю) выписки из медицинской карты, если ее подготовка может занять продолжительное время, производится уже после того, как пациент отпущен из стационара. Необходимость в принудительном характере исполнения решения суда, поэтому, не возникает.

Врачи могут действовать в данной ситуации по аналогии — исходя из правила, установленного ч. 1 ст. 32 Закона о психиатрической помощи, о *немедленной выписке* пациента в случае, когда комиссия врачей-психиатров в течение 48 часов примет решение о необоснованности госпитализации и пациент не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре.

Некоторые учреждения, однако, не торопятся с реализацией судебного решения, считая возможным оставить пациента в стационаре на время оформления выписки из медицинской карты и даже до дня изготовления решения суда в окончательной форме или до момента доставления решения суда руководителю учреждения для обеспечения возможности его обжалования сторонами. В этот период предпринимаются попытки “уговорить” пациента подписать добровольное согласие на госпитализацию и лечение. Такие действия часто совершаются с одобрения родственников пациента, инициировавших его помещение в стационар и не желающих забирать его домой или сопровождать к месту жительства.

Руководители отдельных психиатрических клиник, несогласные с решением суда, фактически признавшего произведенную ими госпитализацию необоснованной, в надежде на пересмотр дела, считают правомерным удержание пациента в стационаре до 10 дней со дня вынесения решения, т.е. до момента вступления решения суда в законную силу в соответствии с ч. 3 ст. 35 Закона о психиатрической помощи. Но и этот срок, как оказалось, не является предельным. Так, заместитель главного врача ЦМОКПБ В. Я. Евтушенко исполнение решения суда по заявлению о недобровольной госпитализации (различий между удовлетворенным и “отказным” решением в своих комментариях он не проводит) связывает даже не с днем вступления решения в законную силу, а с направлением копии вступившего в законную силу судебного решения, на имя руководителя психиатрического учреждения.⁶

Теперь же с введением апелляционного порядка обжалования решений суда первой инстанции, срок вступления в законную силу решений суда по гражданским делам отодвинулся с 10 до 30 дней. В связи с этим над гражданами, помещенными в психиатрический стационар против их воли, нависла угроза вопреки судебному решению задержаться в стационаре еще на месяц (!), т.е. до истечения срока на апелляционное обжалование, а то и на более продолжительный срок — до рассмотрения судом дела по апелляционной жалобе лечебного учреждения. На это у суда второй инстанции имеется в распоряжении до двух месяцев со дня поступления дела на рассмотрение. Часть 3 ст. 327² ГПК РФ допускает возможность установления самим ГПК РФ или иными федеральными законами сокращенных сроков рассмотрения апелляционных жалоб по отдельным категориям дел. Однако для рассматриваемой нами категории дел законодатель пока не предусмотрел таковых, что приводит к возникновению абсурдных ситуаций.

По нашему мнению, **решение суда об отказе в удовлетворении заявления психиатрического стационара о недобровольной госпитализации лица должно подлежать немедленному исполнению. Немедленным является исполнение решения сразу же после его вынесения, т.е. до его вступления в законную силу.** Наша точка зрения основывается на положениях Конституции РФ и принципах международного права. Она в своей основе подкрепляется рядом норм процессуального законодательства и исходит из результатов проведенного нами опроса экспертов из числа специалистов по гражданскому процессу, в т.ч. федеральных судей.

Принадлежащее каждому от рождения право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22 Кон-

ституции РФ) относится к числу основных прав человека. Оно воплощает наиболее значимое социальное благо, которое — исходя из признания государством достоинства личности — предопределяет недопустимость произвольного вмешательства в сферу ее автономии, создает условия для демократического устройства общества. Конституционное право на свободу и личную неприкосновенность включает, в частности, право не подвергаться ограничениям, которые связаны с применением таких принудительных мер, как задержание, арест, заключение под стражу или лишение свободы во всех иных формах, без предусмотренных законом оснований, санкции суда или компетентных должностных лиц, а также сверх установленных либо контролируемых сроков.⁷ Конституция РФ определила, что задержание на срок более 48 часов без судебного решения не допускается (ч. 2 ст. 22).

В соответствии с нормами Уголовно-процессуального кодекса РФ, в частности ч. 8 ст. 108 УПК РФ, *постановление судьи как об избрании в отношении подозреваемого или обвиняемого меры пресечения в виде заключения под стражу, так и об отказе в удовлетворении такого ходатайства, подлежит немедленному исполнению.* При этом такое постановление согласно ч. 11 ст. 108 УПК РФ может быть обжаловано в апелляционном порядке в течение всего лишь 3 суток со дня его вынесения. В свою очередь суд апелляционной инстанции принимает решение по жалобе (представлению) также не позднее чем через 3 суток со дня ее поступления. Решение суда апелляционной инстанции об отмене постановления судьи об избрании в качестве меры пресечения заключения под стражу также подлежит немедленному исполнению.

Согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ, выраженной им в Определении от 5 марта 2009 г. № 544-О-П по жалобе Хорошавцевой Н. Н., закрепленное в Конституции РФ понятие “задержание” носит общий характер, т.е. охватывает не только задержание лица за виновные противоправные деяния в рамках уголовно-процессуального или административного законодательства, но и иные виды задержания.

Данный вывод следует и из положений международно-правовых актов. Так, в соответствии со Сводом принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (утвержден Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 9.12.1988 № 43/173), понятие “задержанное лицо” означает любое лицо, лишенное личной свободы не в результате осуждения за совершение правонарушения. По смыслу подпункта “е” п. 1 ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, законное заключение под стражу душевнобольных

⁶ Евтушенко В. Я. Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в вопросах и ответах. М., 2009. С. 258.

⁷ См. абзац третий п. 5.1. Постановления Конституционного Суда РФ от 27.02.2009 № 4-П.

также является формой лишения свободы, что подтверждается позицией Европейского Суда по правам человека, выраженной им в Постановлении от 5 октября 2004 г. по делу “Н. Л. против Соединенного Королевства”.

Будучи госпитализированным в психиатрический стационар в недобровольном порядке, лицо принудительно пребывает в ограниченном пространстве, изолировано от общества и семьи, не может выполнять свои служебные обязанности и не в состоянии свободно передвигаться и общаться с неограниченным кругом лиц. Европейский Суд по правам человека относит перечисленные условия к существенным признакам лишения человека физической свободы.⁸

Конституционным Судом РФ в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова П. В. и др. было прямо указано на то, что недобровольная госпитализация в психиатрический стационар лица, страдающего психическим расстройством, является ограничением свободы, в отношении которого действуют положения ст. 22 и ч. 1 ст. 46 Конституции РФ в их взаимосвязи со ст. 5, 6 и 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод в качестве гарантии от необоснованного ее применения.

Однако вполне очевидно, что в отличие от положений УПК РФ нормы ГПК РФ не приспособлены для регулирования вопросов установления и снятия ограничения свободы граждан. Гражданское процессуальное законодательство имеет существенные пробелы, касающиеся исчисления процессуальных сроков⁹, порядка рассмотрения дел о недобровольной госпитализации, вопросов исполнения судебных решений по таким делам. Не случайно, обращения по проблемам гражданского судопроизводства остаются на третьем месте среди всех обращений, поданных в Конституционный Суд РФ.¹⁰

В этой связи представляется интересной идея о рассмотрении данной категории дел в порядке административного судопроизводства¹¹. Вполне обоснованным, с нашей точки зрения, является, например, положение ст. 265 проекта Кодекса административ-

ного судопроизводства РФ, согласно которому по административным делам о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар мотивированное решение суда должно быть изготовлено в день принятия решения.

Исходя из вышеназванных правовых принципов, немедленная выписка пациента из стационара во исполнение вынесенного судом “отказного” решения должна производиться психиатрическим учреждением по доброй воле, исходя из требований ст. 22 Конституции РФ. Соблюдению законности, недопущению нарушений конституционных прав граждан, а также предупреждению возникновения конфликтных ситуаций, связанных с несоблюдением лечебными учреждениями сроков реализации судебных решений, может служить практика инициирования перед судом применения к данной категории судебных решений **процедуры обращения к немедленному исполнению** (ст. 210 – 212 ГПК РФ).

ГПК РФ предусматривает случаи, при которых суд *обязан* (ст. 211 ГПК РФ) или *вправе* (ст. 212 ГПК РФ) обратить решение к немедленному исполнению. Согласно перечню, содержащемуся в ст. 211 ГПК РФ, немедленному исполнению подлежат судебный приказ или решение суда о взыскании алиментов; выплате заработной платы в течение 3 месяцев; восстановлении на работе; включении гражданина в список избирателей, участников референдума. Этот перечень является исчерпывающим. Решение суда об отказе в недобровольной госпитализации лица в психиатрический стационар в нем не названо, несмотря на всю очевидность вопроса.

Применение процедуры обращения к немедленному исполнению возможно, впрочем, и по любому другому решению при соблюдении правил, установленных ст. 212 ГПК РФ: применение такой процедуры допускается только *по инициативе истца* и лишь при наличии *особых обстоятельств*, вследствие которых замедление исполнения судебного решения может привести к *значительному ущербу для взыскателя* или исполнение решения может оказаться невозможным. Вопрос о немедленном исполнении решения суда может быть рассмотрен одновременно с принятием решения суда, подлежащего исполнению. При положительном разрешении этого вопроса суд обязан указать на обращение решения к немедленному исполнению в резолютивной части (ст. 204 ГПК РФ) и дать обоснование в мотивировочной части решения (ч. 5 ст. 198 ГПК РФ).

В п. 11 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 19 декабря 2003 г. № 23 “О судебном решении” разъясняется, что выводы суда по данному вопросу должны быть обоснованы достоверными и достаточными данными о наличии “особых обстоятельств”. Если вопрос о допущении немедленного исполнения решения суда не был разрешен при вынесении решения, он рассматривается по заявлению истца в судеб-

⁸ См. постановления от 1.07.1961 по делу “Лоулесс (Lawless) против Ирландии”, от 6.11.1980 по делу “Гуццарди (Guzzardi) против Италии”, от 28.10.1994 по делу “Мюррей (Murray) против Соединенного Королевства”, от 24.11.1994 по делу “Кеммаш (Kemmaché) против Франции”.

⁹ Положения ст. 108 ГПК РФ регулируют исчисление процессуальных сроков, выраженных только в днях, месяцах и годах. Понятно, что эти положения не применимы к процедуре обращения медучреждения в суд для решения вопроса о дальнейшей госпитализации лица в психиатрический стационар, где сроки устанавливаются в часах.

¹⁰ Российская газета, 2013, 5 июня.

¹¹ См. законопроект № 246960-6 “Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации”, внесенный 26.03.2013 в Госдуму Президентом РФ.

ном заседании. Неявка лиц, участвующих в деле, в судебное заседание не препятствует рассмотрению вопроса, если о времени и месте судебного заседания они были извещены надлежащим образом. Определение об удовлетворении заявления о немедленном исполнении решения или об отказе в его удовлетворении может быть обжаловано в апелляционном порядке. Подача частной жалобы на определение, однако, не препятствует обращению решения к немедленному исполнению.

Как следует из ст. 212 ГПК РФ, пациент как заинтересованное лицо¹², а также его представитель по делам особого производства, к которым относятся дела о недобровольной госпитализации, формально лишены права просить суд об обращении решения суда к немедленному исполнению. Целью такой меры служит предупреждение значительного ущерба лишь для взыскателя. То есть применительно к рассматриваемой категории дел — для заявителя в лице психиатрического учреждения. Пробельность норм ГПК РФ, следовательно, очевидна.

Тот факт, что сроки исполнения решения суда об отказе в недобровольной госпитализации (или отказе в ее продлении) законом не определены, по мнению опрошенных нами судей, может служить основанием для постановки данного вопроса перед судом при рассмотрении конкретного дела¹³. Судьи выражают готовность рассматривать вопрос об обращении подобного решения суда к немедленному исполнению по заявлению (ходатайству) пациента или его представителя. Один из судей даже рекомендует такую практику.

Между тем остается пока неясным:

1) можно ли отнести несанкционированное судом ограничение свободы гражданина, вызванное замедлением исполнения медучреждением “отказного” ре-

¹² Заинтересованное лицо — это лицо, в отношении которого поставлен вопрос о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. Не следует именовать его “ответчиком”, “третьим лицом”, “большим” и т.п. Психиатрический стационар выступает в процессе не в качестве заинтересованного лица, а как заявитель.

¹³ Требование об указании в резолютивной части решения суда *срока принятия мер* для восстановления нарушенных прав и свобод граждан либо *определенного срока*, в течение которого должностное лицо обязано совершить конкретные действия, должно соблюдаться, например, при рассмотрении гражданских дел в соответствии с главой 25 ГПК РФ. Названный срок судам предписано устанавливать с учетом характера дела, а также действий, которые следует совершить в целях устранения в полном объеме допущенного нарушения прав и свобод заявителя или препятствий к осуществлению его прав и свобод. (См. п. 28 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 10 февраля 2009 г. № 2 “О практике рассмотрения судами дел об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих”).

шения суда, к указанному в ст. 212 ГПК РФ “значительному ущербу” для гражданина и

2) возможно ли признать “особыми обстоятельствами” пребывание гражданина в изоляции в условиях психиатрического стационара, а также тот факт, что под угрозой находятся его конституционные права и свободы.

По нашему мнению, пациент не должен представлять суду в каждом конкретном случае доказательства наличия указанных в ст. 212 ГПК РФ “особых обстоятельств”, требующих его немедленной выписки из стационара при вынесении судом решения о необоснованности госпитализации. Сам факт отсутствия судебного решения об удовлетворении заявления больницы, т.е. решения суда об ограничении лица свободы, — достаточное основание для немедленной выписки пациента. Вместе с тем это не исключает того, что в зависимости от обстоятельств дела пациент (его представитель) может представить суду свои доводы о возможном причинении ему иного “значительного ущерба” в случае задержки его выписки (пропуск важного мероприятия, упущенная финансовая выгода и т.д.).

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

1. Вопросы правоприменения

По нашему мнению с учетом пробельности законодательства лечебные учреждения при исполнении решения суда об отказе в недобровольной госпитализации лица в психиатрический стационар:

- вправе и обязаны напрямую руководствоваться положениями Конституции РФ (ст. 22) и приступать к немедленной реализации решения суда до вступления его в законную силу;

- вправе поставить перед судом вопрос об обращении решения к немедленному исполнению с целью придания большей определенности мероприятиям, проводимым лечебным учреждением, по реализации судебного решения.

Как указывалось выше, с таким заявлением (ходатайством), по мнению судей, может обратиться сам гражданин (его представитель). С нашей точки зрения, не существует препятствий для обращения с аналогичным заявлением и представителя лечебного учреждения.

В соответствии с ч. 4 ст. 1 ГПК РФ в случае отсутствия нормы процессуального права, регулирующей отношения, возникшие в ходе гражданского судопроизводства, суд применяет норму, регулирующую сходные отношения (аналогию закона), а при отсутствии такой нормы действует исходя из принципов осуществления правосудия (аналогия права). В данном случае речь может идти о *применении по аналогии ст. 211 или 212 ГПК РФ*.

2. Предложения по совершенствованию законодательства

Представляется необходимым дополнить:

1) ст. 35 Закона о психиатрической помощи частью 2¹, а также ст. 305 ГПК РФ частью 3 в отношении правовых последствий принятия судом решения об отказе в удовлетворении заявления психиатрического стационара о недобровольной госпитализации гражданина;

2) ч. 3 ст. 40 Закона о психиатрической помощи, изложив ее в следующей редакции:

“(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или решению судьи об отказе в такой госпитализации либо ее продлении.”;

3) ст. 211 ГПК РФ¹⁴, предусматривающую перечень решений суда, подлежащих немедленному исполнению, абзацем шестым следующего содержания:

“об отказе в удовлетворении заявления о недобровольной госпитализации гражданина в психиатрический стационар либо о ее продлении”.

Дополнение ст. 211 ГПК РФ позволило бы придать норме о немедленном исполнении “отказных” решений суда императивный характер. Для ее применения не потребуется в каждом конкретном случае инициировать перед судом процедуру обращения решения суда к немедленному исполнению (ст. 212 ГПК РФ).

Контроль за неукоснительным и своевременным исполнением решений суда об отказе психиатрическому учреждению в недобровольной госпитализации гражданина мог бы быть эффективным в рамках деятельности независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Однако создание такой службы, предусмотренное ст. 38 Закона о психиатрической помощи, по причине бездействия органов исполнительной власти затягивается.

¹⁴ Данное предложение было включено в разработанный в 2005 г. Минздравсоцразвития России законопроект “О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам оказания психиатрической помощи” (поручение Правительства РФ от 5 июля 2005 г. № АЖ-П112-3326).

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ И ОПЕКА

(Вопросы и ответы)

М., 2013. — 224 с.

Заказать книгу можно по электронной почте:

info@npar.ru

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Право на предсмертное волеизъявление и посмертная экспертиза

В последние годы стремительно возросло количество судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам. Оспариваются заключенные сделки, завещания. Значительная часть экспертиз осуществляется посмертно, что требует от экспертов особого внимания к анализу медицинских документов, показаний свидетелей и т.п. Кроме того, эксперт обязан быть объективным нейтральным специалистом, он не имеет права вовлекаться в ситуацию и выносить суждение с учетом на свой лад понимаемой “справедливости”. Окончательное решение по делу принадлежит суду, который должен учесть все обстоятельства дела, а эксперты должны лишь оценить психическое состояние человека в интересующий суд момент времени.

Перед нами пример достаточно распространенной ситуации, когда пожилой и смертельно больной человек женится и за неделю до смерти завещает все свое имущество жене, а не родственникам. Имел ли он право на такое волеизъявление? В каком психическом состоянии он находился? — Ситуация знаменитой пьесы Генриха Ибсена “Перед заходом солнца” (неоднократно экранизированной).

Итак, крупный ученый и успешный бизнесмен С-ов в 1990 г. завещал все свое имущество сестре, с которой были теплые дружеские отношения. Сестра, в ответ, завещала все свое имущество брату. Оба были состоятельными людьми, у обоих были свои дети, и между братом и сестрой существовала догово-

ренность, как разделить наследство, кому что достанется.

В 2008 г. в возрасте 64 лет С-ову ставят диагноз “рак желудка”. Казалось бы, первая операция прошла успешно, и можно продолжать наслаждаться жизнью. С-ов сходится со своим лечащим врачом, она становится его гражданской женой, он принимает в свой дом ее дочь, заботится о ней. Семья счастлива. Лето проводят на даче, путешествуют за границей. Однако болезнь вскоре вновь дает о себе знать: метастазы в печень, лимфоузлы, кости. Несколько курсов химиотерапии, лучшие врачи и лекарства, но все тщетно: 27 сентября 2011 г. С-ов умирает. За неделю до смерти он оформляет завещание, согласно которому оставляет все свое имущество гражданской жене. Сестра возмущена и утверждает, что он не мог этого сделать, не мог нарушить ранее сделанные договоренности. Гражданская жена говорит, что это было его давнее желание, но она не хотела оформлять завещание, чтобы лишиться раз не напоминать ему о смерти. В медицинских записях все это время отмечается, что С-ов в сознании, адекватен. Состояние резко ухудшается лишь накануне смерти. Тем не менее, эксперты Центра им. Сербского ставят диагноз “органическое расстройство личности” и пишут что в момент составления завещания С-ов “с наибольшей степенью вероятности не мог понимать значение своих действий и руководить ими”, лишая его, таким образом, права на посмертное волеизъявление.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ на заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов посмертной судебно-психиатрической экспертизы С-ова, 1944 г.рожд., умершего 27.09.2011 г.

Настоящее заключение составлено 8 октября 2012 г.

по запросу адвоката МКА “Содействие” Б-ва на основании представленных им ксерокопий следующих документов:

1) Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 2 июля 2012 г. посмертной судебно-психиатрической экспертизы С-ова, проведенной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского;

2) Медицинская карта стационарного больного С-ова, 67 лет, Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина РАМН;

3) “Отказ от патологоанатомического вскрытия” от имени К-ко,

для ответа на вопрос:

соответствует ли Заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов ФБГУ “Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского” от 2 июля 2012 года требовани-

ям действующего законодательства, регламентирующего производство экспертиз и исследований, обоснованы ли научно и методически выводы экспертов?

Производство судебных экспертиз регулируется ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” (от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ), согласно которому “государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах ... 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, при проведении посмертных экспертиз эксперты должны провести всесторонний анализ всей имеющейся медицинской документации и материалов дела и указать, каким образом имевшееся у подэкспертного психическое расстройство нарушало его способность понимать значение своих действий и руководить ими в момент осуществления тех или иных юридически значимых действий. **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 посмертную судебно-психиатрическую экспертизу С-ова, проигнорировала эти требования.

Заключение написано на 16 страницах, из которых полторы страницы занимает паспортная часть, 13, 5 страниц изложение материалов гражданского дела и медицинской документации и 1 страница — ответы на два поставленных вопроса с попыткой их обоснования.

Заключение составлено таким образом, что сама последовательность изложения материалов дела, их композиция, фактически подменяют анализ и обсуждение этих данных, причем совершенно односторонне, с позиции истца. Возражения ответчицы даны краткой врезкой в этот поглощающий их текст и не обсуждаются. Тем самым отсутствует важный раздел, предписанный инструкцией по написанию “Заключе-

ния СПЭ”, — анализа и квалификации изложенных сведений с их обоснованием.

Несмотря на явную диспропорцию сведений со стороны истицы (более 3 страниц) и ответчицы (1/3 страницы) (т.е. фактически в 10 раз!), представленных данных достаточно для вынесения суждения о степени адекватности и обоснованности ответов экспертов на заданные им вопросы.

Эксперты, в качестве основания своего ответа на первый вопрос — *“Страдал ли при жизни С-ов, 1944 г.рожд. каким-либо хроническим психическим расстройством, если страдал, то каким именно?”* — ссылаются на *“психопатологические нарушения, которые сопровождалось нарушением критических функций и определяли нарушение социальной деятельности при составлении завещания”*.

Каковы же эти “психопатологические нарушения”?

Оказывается, *“сонливость, затруднения контакта, когнитивные нарушения и эпизоды психомоторного возбуждения, что свидетельствует о выраженности проявлений энцефалопатии и ее длительного формирования”*.

Какие именно когнитивные нарушения имелись у С-ова, не уточняется, и не случайно, т.к. они никогда не упоминались в истории болезни и являются дедукцией экспертов.

Что касается “эпизодов психомоторного возбуждения” и “нарушения критических функций”, то эксперты умалчивают, что указания на них появляются в истории болезни только через три дня после составления завещания, за день до смерти, причем отмечается, что и тогда С-ов оставался в сознании.

“Сонливость” и “затруднение контакта” не два отдельных, а в данном случае одно расстройство: затруднение контакта в силу сонливости, резкой слабости и утомляемости совершенно естественно и не является “психопатологической” симптоматикой. В таких случаях говорят просто о нарушениях психического состояния. Эксперты умалчивают, что в истории болезни сразу было отмечено, что это связано с трудно переносимой С-овым химиотерапией и необходимостью дачи трамала, дормикума, а затем и димедрола. Т.е., эксперты меняют местами причины и следствия и выдают это за проявления энцефалопатии.

При этом эксперты допускают грубое противоречие в своих рассуждениях на протяжении одной полустраницы: сначала говорится, что энцефалопатия формировалась “длительно”, и тут же, что “заболевание резко прогрессировало с сентября 2011 г.”, а “психические нарушения появились через непродолжительное время” после последнего стационарирования. Эксперты умалчивают, что эти психические нарушения были связаны в первую очередь с терапией, т.е. носили симптоматический, а не патогенетический характер. Наконец, “энцефалопатия” является неврологическим, а не психиатрическим диагнозом.

Все эти натяжки и недоговоренности потребовались экспертам для того, чтобы поставить С-ову психиатрический диагноз: *“органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью (F 07.9 по МКБ-10)”*. При этом эксперты не дают клинической синдромальной квалификации приписываемого С-ову расстройства, что является необходимым промежуточным звеном процесса постановки диагноза.

Эксперты замалчивают (не указывают), что все 10 вариантов этого диагноза начинаются в МКБ-10 со слова “неуточненное”. — “Неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанными (или другими, или неуточненными) заболеваниями”. В случае С-ова диагноз, а точнее весь набор диагнозов в истории болезни сформулирован в академическом центре, располагающем штатом всех необходимых консультантов и во всеоружии необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования. Психиатрическая квалификация отсутствует.

Размытость диагноза экспертов отражает его произвольность и надуманность. “Неуточненное органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью” означает отсутствие каких-либо характерных расстройств личности кроме указанного в МКБ-10 стержневого для всех форм органического расстройства личности. Это расстройство приравнивается к так называемому лобному синдрому или последствиям лоботомии и характеризуется снижением прогностических функций, веселостью, гневливостью, сексуальными притязаниями и т.п. Из всего перечня шести критериев этого расстройства у С-ова был только один, а именно, неспособность к длительной целенаправленной деятельности, в то время как необходимо наличие не менее двух. **Таким образом, диагноз, выставленный С-ову экспертами, совершенно неадекватен.**

Адекватной квалификацией психического состояния С-ова был бы диагноз “астенический синдром сложного симптоматического генеза”, т.е. на почве основного онкологического заболевания, вторичных и сопутствующих соматических расстройств и проводимой терапии.

Легкость, с которой эксперты без всякого анализа, не считаясь с отсутствием необходимых критериев, удовлетворились одним, можно поставить в связь с общим небрежным стилем написания заключения, наличием ошибок даже в написании названий лекарств и отдельных фамилий (напр., Цыгарева и Цагарева). В тексте много противоречий между утверждениями заключительной части и описаниями констатирующей части: в отношении энцефалопатии; игнорирования влияния проводимой терапии и т.п.; много небрежного, вводящего в заблуждение цитирования истории болезни в юридически значимые дни. Каскад соматических диагнозов и лаборатор-

ных данных, заведомо непонятных для суда, заменяет отсутствие описания сколько-нибудь серьезных психических расстройств.

Отрицательный ответ на второй вопрос — *“Могли С-ов по состоянию своего здоровья, при наличии имеющихся у него заболеваний, в момент совершения сделки, а именно 22 сентября 2011 г., при подписании завещания — понимать значение своих действий и руководить ими?”* — эксперты обосновывают тем, что, по их выражению, *“анализ материалов гражданского дела и медицинской документации” показывает, что “имевшиеся у С-ова, психопатологические нарушения сопровождалось нарушением критических функций, определяли нарушения социальной деятельности при составлении завещания (несмотря на наличие профессиональных навыков в оформлении различной документации, составление завещания в форме, повышающий риск его оспариваемости), с наибольшей степенью вероятности нарушали его способность к регуляции поведения и свободному волеизъявлению при его составлении. Поэтому С-ов в юридически значимый период при составлении завещания 22 сентября 2011 г. с наибольшей степенью вероятности не мог понимать значение своих действий и руководить ими”*.

Это громоздкое наукоподобное выражение, дважды повторяющее “с наибольшей степенью вероятности”, на деле опирается на крайне небрежное отношение к дневниковым почасовым записям в истории болезни С-ова в юридически значимые дни и фактически искажает их датировку и значение.

Так, в день составления завещания, 22 сентября 2011 г., как и в два предшествовавших дня, 20 и 21 сентября 2011 г., читаем однотипную запись: “Состояние больного тяжелое. Жалобы на сильную слабость, повышенную утомляемость, сильные мышечные боли, выраженные отеки верхних и нижних конечностей. Анасарка. Петехии. Положение вынужденное. Нуждается в постоянном уходе”. В дневник от 23 сентября 2011 г. вписано тем же почерком “сознание ясное, адекватен”, а также через строку вписано таким же образом “сильные мышечные боли”, что в общем контексте истории болезни вполне естественно. Тем более, что на следующий день, 23 сентября 2011 г., когда С-ов был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, читаем в дневнике: “Состояние тяжелое, стабильное. В сознании, контактен, адекватен. Явления умеренной энцефалопатии”. Поясним для суда, что клиническим проявлением энцефалопатии является замедленность речи и моторики.

Несколько раз акцентируемая истцом и экспертами вписанная строчка “сознание ясное, адекватен” не вызывает сомнения, т.к. эта квалификация подтверждена в другом отделении другим врачом. 24 сентября 2011 запись в дневнике: “В сознании, контактен, адекватен. Ориентация в пространстве и времени со-

хранена. Жалобы на быструю утомляемость, общую слабость”. Эти записи повторяются четыре раза на протяжении всего дня с 8 утра и даже до 12 ночи, т.е. в вечернее время, когда, как правило, астения нарастает и общее состояние ухудшается.

Только с 9 утра 25 сентября 2011 г. у С-ова появилась сонливость, отмечено, что на вопросы отвечает с трудом, но в сознании. В 21:33 этого дня и в 7:20 следующего — имеются записи “В сознании, контактен”. И только с 8:20 26 сентября 2011 г. “В сознании, контактен, не вполне адекватен, критика снижена”. А в 20:30 “В сознании, некритичен, эпизодами психомоторное возбуждение”.

Таким образом, сонливость появляется только спустя два дня после составления завещания, а неполная адекватность, некритичность и эпизоды психомоторного возбуждения при сохраняющемся сознании, только спустя три дня. Между тем эксперты опирались и оперировали этими нарушениями для квалификации и диагноза, и ответа на ключевой, второй вопрос. Такая позиция экспертов не выдерживает элементарной научной критики.

Эксперты опускают в своем пересказе в констатирующей части очень важное указание истории болезни, что 24 сентября 2011 г. “Отеки кожи верхних конечностей, брюшной стенки и нижних конечностей уменьшились”, и С-ов смог в этот день расписаться. В день составления завещания он расписаться не мог из-за сильной отекаемости верхних конечностей, т.е. и пальцев рук, о чем эксперты не могли не знать. Но эксперты оставили этот впечатляющий факт, активно обыгрываемый истцом, как и вписанную строчку, без соответствующего комментария. Более того, эксперты фактически присоединяются к этому открытому подозрению в фальсификации процедуры оформления завещания, когда пишут: “пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно. Указаний на невозможность самостоятельного выполнения подписи нет” (стр. 9 экспертного заключения). Это явственным образом обнаруживает их тенденциозность.

Экспертам, как и всем врачам, хорошо известно, что пальцы рук опухают настолько, что даже подпись делается неосуществимой из-за этого, а не из-за мозговой симптоматики. Что касается вписанной строчки, то адекватность ее содержания состоянию С-ова не вызывает никаких сомнений, так как в предшествовавшие дни, так и на следующий день в другом отделении другим врачом удостоверяется то же самое.

Точно также эксперты не анализируют связь между отсутствием регистрации завещания, что акцентирует истец, и свидетельством завмеда онкоцентра, что такая регистрация у них не ведется, — и оставляют эти и другие доводы истца без комментария, а в конце заключения фактически солидаризируются с ними, несмотря на их полную некорректность.

Каждый такой случай является прецедентным в отношении, прежде всего, вопроса: имеет ли человек на пороге смерти право на волеизъявление? Перед лицом смерти многое видится иначе, сознание часто проясняется, и последние слова нередко пронзительны. Чувство благодарности к тем, кто ухаживал за тобой до конца, забота об их дальнейшем благополучии совершенно естественные и законные чувства. Ответчик — не случайный человек, появившийся в последний момент, — а женщина, три года прожившая с С-овым в гражданском браке вместе со своей дочерью. Апелляция истца к тому, что у С-ова “было много таких” не только не этична, но является незаконным вмешательством в личную жизнь брата. Тот факт, что ответчик, будучи лечащим врачом и гражданской женой С-ова, не озаботилась заблаговременно составлением завещания, свидетельствует в ее пользу, говорит о проявлении совершенно другой доминанты в эти роковые для жизни С-ова дни и ее деликатности в этом вопросе.

С одной стороны, родственники, возмущенные завещанием, которое, по их мнению — свидетельство психического расстройства, с другой стороны — женщина, разделившая последние три года с умершим и заботившаяся о нем. Старая и вечная коллизия знаменитой пьесы Г. Гауптмана “Перед заходом солнца”. Эта коллизия имеет, конечно, множество прочтений. Справедливое решение требует непредвзятого конкретного рассмотрения ситуации, обязательного судебного клинико-психологического анализа, а не только судебно-психиатрического.

В заключении ничего не сказано о том, составляют ли квартира и дача с имуществом единственное наследство, не осталась ли сестра грубо обделенной. Эти и многие другие сведения — предмет психологического, и по преимуществу психологического, а не психиатрического разбирательства.

Выводы.

Итак, как мы показали, заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов от 2 июля 2012 г. посмертной судебно-психиатрической экспертизы С-ова составлено с грубыми нарушениями Закона о государственной судебно-экспертной деятельности и Инструкции по написанию “Заключения СПЭ”. В нем проигнорирован целый раздел, который должен быть посвящен анализу, квалификации и обсуждению констатирующей части заключения. Он подменен композиционной расстановкой имеющихся сведений, с предоставлением позиции истца в 10 раз больше места (три с лишним страница против 1/3 страницы) и “последнего слова”. Аналогичная тенденциозность проявилась в отсутствии комментариев в отношении некорректных замечаний истца, противоречащих данным истории болезни, а также в небрежном изложении данных истории болезни и ее неполном избирательном цитировании в ключевых местах.

Психиатрический диагноз экспертов, выставленный С-ову, и ответ на ключевой вопрос о способности С-ова осознавать характер своих действий и руководить ими в день составления завещания, опираются на клиническую картину, которая возникла спустя три дня **ПОСЛЕ** составления завещания, что почасовым образом зафиксировано в истории болезни.

Эксперты называют “психопатологическими” нарушения, которые ограничиваются астеническим синдромом, обычным для большинства соматических заболеваний, и ставят совершенно неадекватный диагноз органического расстройства личности, который не соответствует критериям Международной классификации болезней. Тем самым, нет никаких оснований утверждать, что С-ов не мог понимать значение своих действий и руководить ими в момент оформления завещания.

В заключении игнорируется конкретная клинико-психологическая коллизия, составляющая контекст оспариваемого завещания, анализ которой был совершенно необходим, поскольку описанные психические расстройства на момент составления завещания не выходили за рамки астенического синдрома.

Ответы на оба заданных вопроса в представленном судебно-психиатрическом заключении являются научно-необоснованными и лишены доказательной силы.

Все сказанное делает необходимой проведение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

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

Региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации

**Потребности психического здоровья в регионе
Адриатика — Альпы — Дунай:
стигма, помощь с опорой на сообщество,
стресс и суицидальный риск**

9 – 12 апреля 2014 г., Любляна, Словения

www.wpaljubljana2014.org

К вопросу об использовании психотехник или о пресловутом “контроле сознания” в религиозных новообразованиях

Е. Г. Романова¹ (Санкт-Петербург)

В статье рассматриваются вопросы об исследованиях, проведенных в области психического здоровья людей, входящих в состав новых религиозных объединений; предлагаются варианты причин такого религиозного выбора у молодежи, минуя идиому о “контроле сознания” или “зомбировании”; формулируется проблема о настораживающих тенденциях последнего десятилетия — стремлении перевести обсуждение данной темы в медицинскую (психиатрическую) плоскость, при соответствующем законодательном и нормативном обеспечении.

Ключевые слова: новые нетрадиционные или “неформальные” религиозные объединения, неофиты, молодежь, манипуляции с сознанием, психотехники, служба депрограммации, психиатрическая экспертиза.

Основой всех прав человека является убеждение в том, что каждая личность уникальна. Эти понятия приобретают особое значение в рамках религиозного сознания. Человек в мировой религиозной философии укоренен в трансцендентном. Достоинство человеческой личности опирается здесь на веру в ее священность, что определяет для человека обладание им некоторых качеств (прежде всего свободы самоопределения), которые не подлежат отчуждению другими людьми или человеческими институтами. Эти понятия — базис развития общемировой гуманистической философии толерантности, солидарности, взаимопонимания и веротерпимости.

Увы, но названные процессы совсем не прямолинейны и однозначны. В отношении к религиозной сфере у современного мирового сообщества, проникнутого разновекторными идеями глобализации и индивидуализации, прослеживаются столь же ярко выраженные парадоксальные модальности. С одной стороны, это неумолимые показатели роста законодательно закрепленных гарантий религиозного равенства и заявленных приоритетов толерантности и веротерпимости в разных странах. А с другой стороны, за последние несколько лет мы стали свидетелями краха теорий поликультурности, что влечет за собой откат от прежней эйфории по поводу формирования глобальных общечеловеческих ценностей, включая религиозное равенство и толерантность. Последняя в нашей действительности стала все чаще искусственно “выдергиваться” из своего социального формата и

трактоваться исходя из медицинской терминологии. В результате нам преподносят толерантность как чуждую нашей культуре западную инсталляцию, вредно формирующую такой образ жизни, при котором “современный человек должен терпимо относиться к социальной заразе” [1]. При этом начисто забывается тот факт, что в медицине множество терминов основаны на близости понятий, но отнюдь не означают их идентичность. И термин “толерантность” в значении “терпимость” (фактически прямой перевод с латыни) применяется даже чаще и обозначает один из основных обязательных для врача социальных принципов. Увы, наша страна не одна в своем стремлении пересмотреть отношение к еще недавно казавшимся незыблемыми столпам мировой сопричастности культур. Америка демонизирует ислам во всех его проявлениях, страны Европы ищут “корень зла” в развитии всякого рода “нетрадиционных” тенденций, привносимых сюда уже нежелательными эмигрантами. В Африке и Азии прямо на наших глазах разворачивается победоносное шествие всякого рода фундаменталистов и религиозных фанатиков, в принципе не приемлющих никаких прав и свобод. Повсюду общество озабочено вопросами разжигания межнациональной розни и межрелигиозной вражды. Одной из центральных проблем в рамках такой обеспокоенности является проблема деятельности новых религиозных объединений (НРО), которые только у нас в стране и нигде более называют “тоталитарными сектами”. Не останавливаясь на абсурдности данного термина, т.к. на эту тему можно ознакомиться с множеством мнений разных специалистов: юристов, религиоведов, лингвистов [2], мы полагаем важным прояснить, что делает НРО столь частыми объектами внимания и критики, и как следствие — дискримина-

¹ Кандидат философских наук, кафедра философии религии и религиоведения Санкт-Петербургского государственного университета

ции их членов в качестве этаких “людей второго сорта” — “сектоманов” по аналогии с наркоманами, т.е. психически и физически больных людей или экстремистов, требующих изоляции от общества. Есть ли в этих обвинениях нечто внутренне присущее только НРО и их членам, вызывающим у окружающих стойкое чувство необходимости специальных мер контроля и воздействия вплоть до уголовного преследования и недобровольного стационарирования в психиатрические клиники, как это предлагает делать проф. Ф. В. Кондратьев [3], сформулировавший некогда сам термин (или “диагноз”) “сектомания”? Или в данном случае присутствует сознательное манипулирование информацией, направленное на формирование общественного мнения, поощряющего ограничения свободы верующих отдельных “неформальных” для нашей действительности религиозных объединений?

В контексте вопроса о том, действительно ли опасны НРО, надо иметь в виду, что они в своем множестве очень различны и не могут быть сведены под единый знаменатель, если, конечно, изучать НРО как явление, а не анафемствовать их за общую для всех “нетрадиционность” (которая, впрочем, также является весьма полемичной). Безусловно, какая-то часть этих новообразований может быть изначально признана аморальной, например, Церковь Сатаны Ла Вейя или Храм Сета Майкла Аквино, т.к. наши моральные принципы зиждутся на христианской догматике, строго градирующей “добро” как норму и “зло” в качестве его антагониста или анти-норму. А данные организации ориентированы на ритуальное “служение” именно злу, что в то же время не сводит их деятельность в криминальную сферу. Другая часть НРО может рассматриваться как коммерческие предприятия или сети, в разное время в этом обвиняли Церковь объединения, сайентологов и некоторые др., что давало повод скептикам рассматривать лидеров этих организаций как умных мошенников, в то время как антикультисты продолжали настаивать на теории “промывания мозгов” в вопросе количественного роста данных организаций. Наконец, можно выделить и деструктивные фанатичные группы, ориентированные на полный разрыв с общественной жизнью или на борьбу с ней под прикрытием лозунгов о чистоте веры. Такие проявления мы найдем, наверное, в большинстве религиозных традиций и у каждого проявления фанатизма будет свой “сокровенный смысл” борьбы с внешним миром. Но любое разделение на “плохих” и “хороших”, “деструктивных” и “конструктивных” возможно только по мере проведения необходимого количества исследований и формирования на их основе перечня критериев, позволяющих определять степень опасности или же простой маргинальности и меру общественного воздействия на эти явления. Важно также, чтобы данные критерии соотносились с деятельностью любых религиозных организаций, а не только тех, которые не успели обзавестись индульгенцией “традиционности”.

Возможно, руководствуясь такими мотивами, правящие круги ряда государств проводили в разные годы в своих странах официальные расследования. По итогам этой работы публиковались соответствующие отчеты, согласно выводам которых во Франции и Бельгии было принято решение о необходимости введения дополнительных правовых норм и механизмов (например, в виде “черных списков”) с целью контроля над нетрадиционными для данных стран религиозными организациями. А вот в Нидерландах, Швеции и в Канаде (в Онтарио) было решено, что существующее законодательство в достаточной мере регулирует отношения между обществом и новыми религиозными объединениями. Это мнение было поддержано немалым количеством священнослужителей “традиционных” религий для всех названных стран и ведущими специалистами Европы в области церковного права [4].

Оппоненты борцов с “сектами” выдвигают еще один аргумент, препятствующий попыткам вести борьбу с религиозным инакомыслием на законодательном уровне в России и многих других странах, подверженных синдрому борьбы с ересью. Это развенчивание мифа о технологической простоте таких “психологических манипуляций”, позволяющих пользоваться ими любым религиозным неформалам, вне зависимости от их образования, социального опыта, личностного темперамента и пр., но с высокой степенью эффективности, а значит и массовости. Об этом мифе много пишет Э. Баркер в своих исследованиях [5]. Автор данной статьи также неоднократно присутствовала на собраниях и мероприятиях различных новых религиозных объединений. Например, на семинарах Церкви Объединения, известной своей разработкой техники “бомбардировки любовью” при общении с неопитами, а также неоднократно посещала саминары-ретриты организации Ананда Марга, чьи инициации и техники коллективных медитаций многие “сектоведы” описывали в самых черных тонах, не имея о последних ни малейшего представления. Эти организации находятся в эпицентре критики и обвинений в использовании необратимых и неизбежных для неопита методик психологической манипуляции. Однако опыт посещения данных организаций свидетельствует об обратном, “текучесть” потенциальных последователей здесь огромна и мероприятия, на которых применялись техники или приемы, направленные на формирование максимально привлекательного образа объединения, были весьма нерезультативными, масса “интересующихся” всегда менялась, надолго (больше чем на 1 – 2 года) в организации оставались единицы. “Зомбировать” было просто не кого, да и некому.

И все же в современном мире мы найдем немало примеров законодательных барьеров для осуществления свободного религиозного выбора. Одним из показательных является французский закон 2001 г., подготовленный под руководством А. Вивьена, и поддержанный Национальным собранием Франции. В этом докумен-

те впервые в мировой правовой практике под понятие “манипуляция сознанием” (МС) была подведена база уголовного преступления, совершаемого неким юридическим лицом, чья “деятельность направлена на создание, поддержание и использование психологической или физической зависимости лиц принимающих участие в этой деятельности” [6]. Само понятие МС было внесено в раздел “Об обмане и злоупотреблении состоянием незнания или немощности” и сводится, собственно, к вредоносному использованию этих состояний (например, немощности — беременности) “при помощи психологического давления или техники, побуждающих к действию или воздержанию от действия” [7]. В проекте этого закона присутствовало и определение секты, как главного “фигуранта” такого преступления: “Группа, имеющая целью или результатом своей деятельности создать или эксплуатировать психологическую или физическую зависимость участников” [8] (т.е. преступным предлагалось признать уже само намерение). Обсуждалась возможность приложить к закону подготовленный ранее список “вредоносных” сект, составленный антикультистами из 172 пунктов. Однако реакция французской общественности на эти предложения была весьма неожиданной для авторов проекта. Помимо критикуемых антикультистами “сектантов” даже католическая иерархия и ортодоксальные протестанты выступили против закона, указав, что “эти тексты нацелены и на нас... если завтра пастор убедит кого-либо присоединиться к его общине, не обвинят ли его в манипулировании сознанием?” [9]. Проект доработали, в принятой редакции закона, ни термина “секта”, ни списка таковых уже не было. Теперь остаётся лишь гадать, какова же практика реализации данного закона Министерством внутренних дел Франции, потому что более чем за 10-летие с момента его принятия ни одна пресс-служба не сообщила миру о сенсационных разоблачениях “манипуляторов сознанием”. Хотя одна из авторов этого закона К. Пикар назвала его в интервью “репрессивным инструментарием”, выданным в руки французскому правосудию [10], специалисты полагают, что этот закон “несомненно, делает более богатыми адвокатов, поскольку почти невозможно определить, что личность подвергалась насилию в отношении своих собственных убеждений” [11]. В 2009 г. из французского МВД был получен весьма сжатый ответ на запрос российских правозащитников, информирующий том, что “никто не может быть притесняем за свои взгляды, даже религиозные, при условии, что их выражение не нарушает общественный порядок, установленный законом”... таким образом устанавливается принцип нейтральности государства в отношении религиозных убеждений” [12].

Оглядываясь на французский “опыт”, российские антикультисты также предлагали ввести в Уголовный кодекс РФ понятия “манипуляция сознанием” и “психологическое насилие”. И поскольку во Франции “антисектантский пассаж” закона был максимально деза-

вуирован, то и в наших реалиях также предлагалось подождать подходящего времени для создания отдельного закона о “вредоносных сектах”, для начала ставилась задача практического выявления деструктивных элементов и наказания таковых за применение психотехник. Но также как и во Франции, общественность и представители религиозных организаций выступили против такой “инициативы” [13]. Но энтузиазм активистов этой идеи не утихает и, возможно, мы скоро станем свидетелями новых манипуляций информацией о вреде “сект” здоровью нации и зарубежных примеров такой борьбы, которые именно в данном случае считаются почти панацеей, в то время как иные привнесения с Запада трактуются “противными традициями”.

Вытесняя на второй план теории о готовых вариантах эффективных психотехник, с которыми можно бороться, прибегая только к уголовным статьям законодательства, более аргументированной выглядит другая версия причин готовности к “зомбированию”. Она базируется на особом внимании к личностным характеристикам предполагаемого неопита. Например, выдвигаются следующие “индивидуальные факторы вовлечения людей в деструктивные культы: подростковый и позднелетний возраст, социальная дезадаптация личности, кризисная жизненная ситуация, конфликты в семье, стремление к авторитарным отношениям, психические расстройства, внушаемость и повышенная потребность в зависимых отношениях” [14]. При этом авторы данной версии упускают из вида, что приведенный вариант выявления социальных и психологических причин увлечения новыми и “неформальными” религиозными учениями за исключением возрастных характеристик практически полностью может совпадать с причинами ухода в монастырь, принадлежащий, например, любой традиционной христианской конфессии.

Многие западные специалисты пришли к выводу, что “самое простое — объяснять феномен роста новых религиозных движений за счет психических аномалий. Дескать, неполноценные люди с расстроенными нервами объединяются в группы, подпав под “колдовство” маньяков и религиозных авантюристов...” [15]. По мнению группы канадских исследователей медиков, новые религиозные объединения “привлекают в свои ряды людей не более клинически опасных, чем члены других религиозных организаций или политических движений...” [16]. Солидарны с коллегами и немецкие психиатры: “Исследование адептов трех новых религиозных групп (Церковь Объединения, Ананда Марга, Дети Бога — Семья) показало, что в общем и целом их психика нормальна. В анализируемой группе число психически сложных случаев равняется такому же количеству, выявленному параллельно в обследуемой группе студентов, а порой этот количественный показатель был даже ниже” [17]. Эти выводы были повторно подтверждены на других религиозных группах известным психи-

атром из Торонто С. Леви. В 80-е годы XX в. во Франции, когда тема сектантства активно обсуждалась в научных, общественно-политических и религиозных кругах, выдвигались мнения, отличные от возобладавшей позже точки зрения группы А. Вивьена. Сторонники альтернативного мнения обращали внимание на то, что “разница между традиционными церквями и сектами сразу бросается в глаза: вторые умеют подавать и продавать себя. Церкви же погрязли в консерватизме, склерозе и конформизме. Секты кажутся рядом с ними молодыми, динамичными, оригинальными” [18]. Наконец, в ходе исследований по различным направлениям молодежной проблематики, регулярно финансируемым в Германии Федеральным правительством, специалисты пришли к выводу, что “по самому широкому ряду причин многие молодые люди стремятся избегать столкновений с реальностью и отказываются принимать участие в социальном процессе... Поэтому вступление молодых людей в секты может расцениваться как одна из форм бегства от реальности” [19], однако никаких опасных или массовых психических отклонений выявлено не было.

Исследования российских специалистов из Независимой психиатрической ассоциации по Аум Синрикё [20] и другим НРО [21] также не выявили среди ее членов, прошедших обследование, сколько-нибудь выраженных психических расстройств. Тогда как результаты работы первой “комиссии по медико-психологической и юридической оценке деятельности некоторых религиозных организаций”, проведенной в 1994 году под руководством двух профессоров: психиатра Ю. И. Полищука и юриста Ю. М. Антоняна, были дезавуированы в медицинской части уже в следующем году на специальном заседании Президиума Российского общества психиатров. Нельзя в данном случае не упомянуть и то, что проф. Ф. В. Кондратьев считает, что данное дезавуирование было сделано под давлением Американской психиатрической ассоциации [22]. Но сам проф. Ю. И. Полищук, отстаивая свои выводы, в кругу специалистов религиозоведов, имеющих большой опыт общения, как с зарубежными коллегами, так и с самими последователями НРО, вынужден был констатировать, что среди обследованных им адептов Аум Синрикё (в отличие от Богороднического центра) он обнаружил и “элементы позитивного влияния на личность, на ее психическое состояние... такое влияние, которое способствует адаптации и преодолению кризисной ситуации личности” [23].

Аккумулируя разные мнения специалистов, не склонных к развитию теории “зомбирования”, можно сделать вывод о том, что мотивация любого молодого человека, выбирающего те или иные жизненные приоритеты (и не только в религиозной сфере), складывается из следующих факторов:

- Потребность в самореализации. В обществе единомышленников, собранных самим Богом (Учителем, Отцом), раскрывается как потенциал лидера, так и по-

тенциал вedomой личности. Религиозное объединение выступает в данном случае как сообщество, аккумулирующее таланты и чаяния своих последователей и предоставляет им максимальные возможности для самореализации.

- Потребность в самооценке. Они — единственные, стоящие на верном пути, их любит учитель и/или сам Бог, который им *доверяет* реализовать самое важное дело — Спасение. Все свои действия и помыслы они посвящают Богу, Высшему Разуму, Учителю, общему делу или идее/идеалу.

- Потребность в любви и немотивированной заботе. Данное положение особенно важно для молодых людей и реализуется оно, во-первых, тем, что все лица, входящие в данную конкретную религиозную общность, номинально становятся любящими и заботливыми “братьями” и “сестрами”. Во-вторых, все они чувствуют свою принадлежность к сакральному и Высшему. В-третьих, они все любимы Богом или Учителем, которому они служат, которого они любят.

- Потребность в свободе (освобождении) от тягостных переживаний, вызванных конфликтом в семье, проблемами с внешним миром, нестыковкой с господствующей в обществе культурой и нормами. Как раз в наличии “свободы” отказывают новым религиям “сектоведы” и некоторые сторонние наблюдатели, но именно с поисков таковой начинают большинство самих неформалов.

- Потребность в безопасности (что, к сожалению, в современной действительности реализуется крайне неудовлетворительно). Это важнейшее для человека любого возраста положение реализуется внутри новых религиозных объединений сразу по нескольким направлениям:

1. Все члены общности стоят друг за друга. Они будут защищать своих собратьев, несмотря на их социальный статус в обществе, на национальную или расовую принадлежность, государственные барьеры, т.к. все они единая сплоченная “семья избранных”, “братство сподвижников” и т.п.

2. Потребность в безопасности реализуют не только земные братья, но и сам Небесный Отец или Абсолют, Вселенная или Высший Разум, Учитель.

3. Безопасность гарантируется в земной жизни и за ее пределами, после смерти.

Хотелось бы заострить внимание на том, что, несмотря на неодобрение нами некоторых методов работы НРО с неофитами (например, часто встречаемая псевдонаучная мимикрия), человек принимает решение и ведет себя соответствующим образом, исходя из *собственных потребностей*, и формируемых на их основе *эмоций*, а не в результате “кодирования” и последующего послушного выполнения чужой воли. А миф о формировании “некритического отношения к секте” рушится в той мере, которую эксперт готов проявить, дабы понять степень доверия каждого конкретного адепта своей организации или напротив выявить факты злоупотребления данным доверием. При

этом симпатия и реальная помощь со стороны НРО в отношении своего последователя не может и не должны трактоваться исключительно как один из приемов заманивания в “секту”. Ведь никому в голову не приходит обвинять в этом традиционные религиозные институты, являющие пример заботы о ближнем и воздаяния страждущим. Применительно к этим институтам проф. Ф. В. Кондратьев считает верным, что “любое чувство как эмоциональное состояние сознательной регуляции не подлежит, оно возникает непроизвольно, его можно пытаться заглушить... но оно вновь возникает само. Переживаемое чувство не нуждается в “доказательствах ума”, оно уже воспринимается как факт. Например, человек испытывает чувство счастья: он полон им, он знает, что счастлив, ему не нужны доказательства истинности чувства, он живет с ним... для него оно — реальность... он не верит, а знает... Все сказанное относится к так называемому религиозному чувству” [24]. К сожалению, аналогичное чувство у последователей НРО профессор рассматривает только в качестве зашедших в тупик поисков объяснений проявления оных.

Можно также утверждать, что существуют и другие причины, благодаря которым внимание людей полностью поглощается мистикой или религией, как отличной от традиции, так и вполне традиционной. Такие причины можно отнести к категории внешних. Например, из истории известно, что в моменты кризисного состояния общества растет влияние религии на общественную и личную жизнь людей, расширяется спектр их религиозных и нерелигиозных верований, наблюдается всплеск всякого рода суеверий, оккультизма, мистики. Поэтому молодежь горячо поддерживает идею мирового религиозного единства в условиях погрязшего в пороках современного мира. Эта идея была сформулирована лидерами новых религиозных движений еще в эпоху всемирной Иисус-революции (60-е гг. XX в.). Она и по сей день не утратила своей актуальности среди той части молодежи, которая сознательно стремится изменить мир к лучшему, особенно в условиях “неотвратимости” древних пророчеств о “конце света”, перенесенного в очередной раз с прошедшего 2012 г. на более поздние сроки.

Однако не только кризисная обстановка в обществе может подвигнуть человека на религиозный поиск. В любые времена человеческой истории, люди, проживающие даже во вполне благополучных в социально-экономическом отношении странах, нуждаются в Мессии или в каком-либо другом всемогущем авторитете, который дал бы им поддержку и руководство. Сегодня харизматический авторитет наследуют в нашей культуре политики (культ “нового Мессии” был прекрасно апробирован в политике В. Муссолини), музыканты (например, Боб Марли), врачи (у каждого вылеченного пациента есть свой спаситель) и религиозные деятели разного толка: священники, целители, мистики или астрологи, которым люди всегда подсоз-

нательно приписывают магические способности или некоторую особую “близость к богу”.

Проблема молодежных неформальных (в том числе религиозных) объединений отнюдь не открытие последних лет, не внезапно возникший социальный феномен, а постоянный спутник нашего общества. Именно в этой среде появляются новые идеи, новые лидеры. В основном, это представители той же самой молодежной среды, у которой не было времени привыкнуть и подчиниться определенной слаженной социальной структуре. А современная молодежь до 30 лет практически не пересекалась со старыми доминантами уходящей советской эпохи и не успела впитать новые, которые сложно еще назвать устоявшимися. Те же, кому за 30 и более, пережили крах старой структуры, так и не успев в большинстве своем в нее вписаться. В таких изменчивых условиях во все времена появлялись неформалы разного толка, достаточно было кому-то “зажечь искру”. Оглянувшись в прошлое мировой истории, можно обнаружить, что в средневековье это были катары, адамиты или розенкрейцеры. В дальнейшем, место “неформалов” заняли пуритане, теософы и спиритуалисты. В нашей исторической реальности — это наиболее яркие представители движения New Age, переключавшиеся из XX века в век XXI, а также полумистические, полуоккультные субкультуры движения готов, растаманов, эмо и др. Вне зависимости от времени, места и шкалы исповедуемых ценностей, в любом новом религиозном учении мы наблюдаем присутствие мятежной молодости, готовой даже на акты иступленного самопожертвования, вроде достославного “крестового похода” детей.

Молодежь всегда стремится к творческой самореализации, борется, конфликтует. И страшная других маргинальность “секты” для молодого человека может быть всего лишь обычной непохожестью с обывательским типажом. Примеры такой “инаковости” притягивают одних не менее сильно, чем других гламурные вечеринки. И подтверждение этому немедленно находим в сети Интернет или “новом Сионе” религиозных неформалов, общающихся здесь, минуя формальный внешний контроль, посредством форумов, соц. сетей, интерактивных игр, журналов, в одном из которых читаем: “Секта — это слово затерли до едва различимого первоначального смысла. Сейчас это любимое ругательство на инакомыслящих и лучший ярлык для непонятого. Очень удобно — сказал одно слово и не паришься с аргументами. Редко, но бывает, слышу его и в свою сторону. Еще бы. Телевизора у нас нету. Я люблю длинные юбки и платья, не ношу каблук. Два года не пью алкоголь и не ем мяса. Так или иначе, меня можно отнести к анастасийцам, родноверам, сыроедам... Мне интересно все, где есть развитие и движение. Поэтому когда слышу слово “секта” от очередного потревоженного правильного обывателя, для меня это лишний повод обратить внимание на явление — “Значит, хорошие сапоги,

надо брать” [25]. Никаких дезадаптаций, кризисов, конфликтов и тяготений к авторитаризму у автора этой сетевой записи не наблюдается. Здесь интерес к “сектам” лежит вне плоскости “кодирования” психологически неустойчивой личности. Это яркий пример логики “неагрессивного бунта” против закостенелости догм и навешивания ярлыков, нестандартного мышления и образа жизни, часто не вписывающегося в норму, понятную обывателю, какими-то мелочами (отсутствие телевизора), но предстающий внешнему взгляду того же обывателя, как “сектантское” проявление.

Тем не менее, в зарубежной практике от США до Японии миф о “кодировании” провоцировал создание антикультуристских служб так называемой депрограммации. Причем, депрограммации насильственной, т.к. из уже существующего опыта работы таких служб за рубежом известно, что добровольцы на подобный курс находятся крайне редко. При этом совершенно игнорируется тот факт, что психическое насилие, противоположное упомянутой тактике “бомбардировки любовью” и основанное на запугивании, воспринимается большинством людей даже болезненнее, чем насилие физическое.

В российской действительности в последние годы стало формироваться мнение о некоей “вынужденной необходимости” создания структур, подобных организациям депрограмматоров. Миф о враге, таящемся в инакомыслии или в неформальности по отношению к некоему большинству, активно кочует как в современной богословско-теологической, так и в научной сфере: “В сравнении с другими девиациями... *сектантский феномен* не достаточно хорошо изучен. Одновременно с этим отмечается явная недостаточность средств правового, административного или гражданского (негосударственного) регулирования данного социального явления” [26] — так “мягко” формулируется “проблема” в новом учебном пособии для студентов вузов. А “недостаточность средств правового регулирования” компенсируется стремлением различных силовых ведомств и судебных инстанций, озадаченных заявлениями “сектоведов”, минимизировать масштабы религиозного инакомыслия, внешне соблюдая все принципы свободы совести, т.к. карательные и запретительные меры накладываются на “религиозных неформалов” судом, опирающимся на мнения экспертов, “научно” доказывающих вредоносность той или иной организации, влияющей на здоровье граждан. А заключения экспертов психиатров становится в нынешних условиях почти “рентгеновским снимком” скрытых от глаз других специалистов степени и сути деструкции личности, ввиду подчинения ее чьей-то воле методами “психических манипуляций” и насилия. При этом совершенно игнорируется тот факт, что в американских судах с 1990 г. не принимаются к рассмотрению иски против религиозных организаций, содержащие понятия “зомбирование”, “промывание мозгов” или экспертные свидетельства по проверке подобных фактов, описывающих

аналогичные практики, потому что Американская психологическая ассоциация (у которой накоплен колоссальный материал в подобных вопросах, несопоставимый с отечественными разработками в силу, хотя бы, куда более многолетнего опыта) еще в 1986 г. вынесла решение об антинаучности самого понятия “религиозное зомбирование”. В то время как в нашей судебной практике, весьма заинтересованной в психиатрических экспертизах, случаются даже прецеденты, когда вообще без таковых “достоверно” устанавливается, что причастность к религиозной организации повлекла “психологическую кастрацию верующих” [27]. И, если в 1994 году дело, рассмотренное Хабаровским краевым арбитражным судом, привлечшим одним из первых в России к своей работе врачей психиатров и профессиональных психологов, закончилось решением о снятии с регистрации общественной организации “Путь блаженства”, являющейся де-факто филиалом международного религиозного объединения Ананда Марга (впрочем, не считающей самое себя религиозной тоже), то в настоящее время обвинения и заключения судов фактически вытесняют последователей “неодобренных” религиозных объединений в сферы криминального и экстремистского типа, а значит подлежащего не просто порицанию, но и искоренению вообще. Серьезные действия в направлении создания подобной депрограмматорам службы под покровительством чиновников отмечены не так давно в Амурской области, где было подписано соглашение о взаимодействии между Областным психоневрологическим диспансером и управлением Министерства юстиции РФ по Амурской области, на основании чего уже на протяжении нескольких лет проводятся совместные рейды в религиозные организации с целью “выявления возможного влияния проповеди на психику прихожан”. Отметим также, что Федеральное управление Министерства юстиции РФ по Дальневосточному федеральному округу обозначило данный опыт как необходимый и рекомендовало его применение на других территориях федерального округа. Печальные примеры внедрения в практику данного опыта мы видим в судебной тяжбе по делу о деятельности протестантской церкви “Новое поколение” в городе Благовещенске Амурской области. Увы, но “неопытность” в подобного рода экспертировании и присущая еще некая идеологическая предвзятость специалистов, работавших в 1994 г. над экспертизами по делу филиала Ананда Марга и формулирующих свои выводы о “вредоносности” последнего в связи с “отрывом от интересов трудового коллектива” по отрывочным сведениям или на основе личных побуждений, всецело перехлестывается непрофессионализмом “ученых экспертов” настоящего времени [28]. Опираясь на заключения таких “экспертов”, мы можем констатировать устойчивый рост сознательного манипулирования информацией о сущности явления и деятельности НРО в России.

И все же желание найти ответ на волнующий вопрос о том, почему же люди часто предпочитают окутаться в атмосферу новых религиозных объединений, нежели следовать устоявшимся и привычным для большинства догматам “традиционных” религиозных институтов, по-прежнему будоражит умы исследователей, несогласных с идиомой о “зомбировании”.

Исследуя причины потребности к созданию и вовлечению в НРО одними людьми и приход в такие организации по разным причинам других, можно сделать вывод о том, что на данный процесс в равной степени влияют экономические, политические, социально-культурные и психологические факторы. Борцы с сектами ищут объяснения и рецепты манипуляции сознанием и поведением, как правило, сводя все это к тотальной психологизации, пренебрегая множеством других показателей. Для нас же остается бесспорным то, что нацеленность на духовный поиск, сопряженный с удовлетворением элементарных социальных потребностей человека, а также неудовлетворенность существующими религиозными институтами и абстрактный протест против закостенелости и мумификации укоренены в самой природе “человека разумного”. Естественно, что такой поиск или протест наиболее ярко проявляет себя в период формирования личности, ее адаптации в обществе, самоактуализации, связанной с осознанием самой себя и смысла своего существования, накоплением опыта общения и самовыражения в обществе. Причем социально-правовая специфика проблемы зыбкой грани между свободой совести и вседозволенностью только тогда перестанет быть надуманной, когда общество начнет судить о религиозных организациях только по их делам, а не апеллировать к ереси, компенсируя недостаток фактов фантазиями о сатанинском заговоре, претворяющемся в манипуляции с сознанием неопытных неофитов. Таким образом, эта проблема находится вне непосредственной сферы медицины и/или психиатрии. И уж тем более недопустимо насильственное вторжение в эту сферу программаторов из медицинской или антикультулистской сфер.

Завершая размышления, можно сказать, что понятия физического, психического и нравственного здоровья составляют для человека единое и неделимое целое. Особенно это актуально, когда речь идет о молодом человеке, который только формирует каждую из всех перечисленных составляющих своего “Я”. Поэтому, нельзя не согласиться с мнением проф. А. Б. Зубова о том, что “оставаясь адептами той или иной религии, мы можем быть тоталитаристами в отношении своей души, но не в отношении душ других людей” [29].

ЛИТЕРАТУРА

1. Медицинский термин... “толерантность”. Тема для дискуссий Интернет-форума Всероссийской православной патриотической организации “Чёрная Сотня” // Электронный ресурс (Э/Р):

- <http://www.sotnia.ru/forum/viewtopic.php?f=7&t=8390>. Дата обращения: март 2013 г.
2. См. например: “Нетрадиционные религии” в посткоммунистической России (“круглый стол”) // Вопросы философии. 1996. № 12.
 3. Сектанство в России: проблема актуальна, ее решение сложно // Э/Р.: <http://www.tggpgu1.narod.ru/sektivrossii.pdf>. Дата обращения: март 2013 г.
 4. *Марджомта Брельо Ф., Мирабелли Ч., Онида Ф.* Религии и юридические системы. Введение в сравнительное церковное право / Пер. с ит. (Серия “История церкви”) — М. 2008. С. 99 – 114.
 5. *Баркер Э.* Новые религиозные движения. Практическое введение. СПб. 1997; Баркер Э. Почему культы? Новые религиозные движения и свобода религии и убеждений // Свобода религии и убеждений: основные принципы. М., 2010. С. 497 – 526.
 6. Закон № 2001-504 от 12 июня 2001 г. / перевод на русский язык Проровой Л. К. и исходный текст на французском языке // Э/Р.: <http://iriney.ru/legal/010.htm>. Дата обращения: март 2013 г.
 7. Там же.
 8. *Бангерский А.* Свободы и манипуляции // Индекс. № 11. 2000. С. 44.
 9. *Яков Кротов.* Дневник литератора. Иностранские новости. С 25 по 30 июня 2000 г. // Э/Р.: <http://krotov.info/yakov/varia/zlobaday/20000630.html#1>. Дата обращения: январь 2013 г.
 10. *Баркер Э.* Почему культы? Новые религиозные движения и свобода религии и убеждений // Указ. соч. С. 513.
 11. Там же. С. 512.
 12. Цит. по: Дворкин apparatus. Французская ложь // Religious Freedom Watch // Э/Р.: <http://religiousfreedomwatch-ru.org/religious-extremists/alexander-dvorkin/apparatus3>. Дата обращения: март 2013 г.
 13. Российские представители пяти мировых религий высказались против введения в уголовный кодекс статьи о манипуляции сознанием // Мир религий // Э/Р.: <http://www.religio.ru/news/news/13590.html>. Дата обращения: февраль 2013 г.
 14. *Змановская Е. В., Рыбников В. Ю.* Девиантное поведение личности и группы: Учебное пособие. — СПб: 2011. С. 152.
 15. *Привалов К.* Секты: досье страха. М. — Политиздат. 1987. С. 19.
 16. Цит. по: Там же.
 17. Цит. по: Там же. С. 21.
 18. Цит. по: Там же. С. 17.
 19. Цит. по: Там же. С. 22.
 20. “Нетрадиционные религии” в посткоммунистической России (“круглый стол”) // Вопросы философии. 1996. № 12. С. 19.
 21. *Виноградова Л. Н.* Дело о закрытии московского отделения “Свидетелей Иеговы” // Независимый психиатрический журнал. 2004. № 2.
 22. Заявление профессора Ф. В. Кондратьева об отводе ранее написанного извинения перед Обществом Сознания Кришны, сентябрь 1997 г. // Э/Р.: <http://kuraev.ru/smf/index.php?topic=323133.380>. Дата обращения: январь 2013 г.
 23. Цит. по: “Нетрадиционные религии” в посткоммунистической России (“круглый стол”) // Вопросы философии. 1996. № 12. С. 23.
 24. *Кондратьев Ф. В.* Религиозность и психопатология. Аспекты взаимодействия // Российский психиатрический журнал. 2012. № 5. С. 6.
 25. Цит. по: Э/Р.: <http://skv0.livejournal.com/?skip=80>. Дата обращения: январь 2013 г.
 26. *Змановская Е. В., Рыбников В. Ю.* Указ. соч. С. 150.
 27. *Крылова Г. А.* В правовом поле этих дел не было бы вообще. (Впечатления адвоката) // Индекс. 11.2000 // Э/Р.: <http://index.org.ru/journal/11/krylova.html>. Дата обращения: март 2013 г.
 28. *Савенко Ю. С., Виноградова Л. Н.* Опять религиозный процесс, опять принуждение к нелепому заключению // Независимый психиатрический журнал. 2010. № 4.
 29. Цит. по: На парламентский слушаниях “О свободе вероисповедания”. 14 февраля 1995 г. // Независимый психиатрический журнал. 1995. № 3. С. 42.

Восходящая звезда психиатрии. Анатолий Кузьмич Ануфриев в Институте им. Сербского.

(Часть 3-я. Воспоминания Любови Федоровны Поповой
в интервью с В. Г. Остроглазовым 22.08.2005 г.)

Введение. Судьбоносный переход главврача Хотьковской ПБ №5 Анатолия Кузьмича Ануфриева в Институт судебной психиатрии им. В. П. Сербского это один из самых знаменательных и вместе с тем малоосвещенных периодов в его головокружительной научной карьере. Уже за первые два года работы в Институте Сербского (1962 – 1964) он написал и блестяще защитил кандидатскую диссертацию “Ипохондрические синдромы”. Один из самых глубоких знатоков этой темы проф. Г. А. Ротштейн, выступая на этой защите в качестве оппонента, заявил Ученому Совету: “В этой сложнейшей психиатрической проблеме, какой является проблема ипохондрии, с автором диссертации можно скрестить шпаги на равных”. С этого времени по Москве разнеслась весть о новой “восходящей звезде психиатрии” (Г. А. Ротштейн, А. В. Снежневский, В. Н. Фаворина, В. М. Морозов, А. Г. Галачьян, Д. Е. Мелехов и др.). Анатолий Кузьмич без всякой передышки, не останавливаясь, порой и днем, и ночью (чтобы исследовать возникающие по ночам онейроидные состояния как вершину развития острого шизофренического приступа) и с неизменным увлечением продолжил докторское исследование клиники и патогенеза приступообразной шизофрении, стремительной защитой которого в АМН СССР в 1969 году не оставил никаких шансов конкурентам. После защиты он был заперт Снежневским в его кабинете на замок. Директор Института психиатрии АМН СССР, этого Олимпа советской психиатрии, таким способом добивался согласия талантливого психопатолога “на любую профессорскую должность” в своем Институте. Об этом мы рассказывали в части 1-й Воспоминаний об Анатолии Кузьмиче Ануфриеве. (НПЖ, 2011, 1, 3). Однако, это внешняя канва стремительного научного взлета. Не менее удивительно развитие реакции ненависти профессоров и научных сотрудников, которое возрастало прямо пропорционально его успехам. И это тем более удивительно, что Анатолий Кузьмич не подавал абсолютно никакого повода к этой завистливой вражде. И первые годы работы в

научно-исследовательском институте им. Сербского окончательно определили эту стержневую линию судьбы. Ум и талант непростительны.

В отношении этих важнейших линий судьбы ученого, с наибольшей отчетливостью проявившихся в Институте им. Сербского, прямые свидетельства Л. Ф. Поповой как очевидца бесценны еще и потому, что кроме нее не удалось найти ни одного живого свидетеля работы Анатолия Кузьмича в этом учреждении.

В. О. Любовь Федоровна, сначала расскажите о себе и о том, как Вы оказались в Институте им. Сербского?

— В 1959 году я окончила Архангельский мед. институт и 3 года проработала в Вологодской психиатрической больнице — с 1959 по 1962 год. А в Институте им. В. П. Сербского я оказалась потому, что в Вологде у нас было судебно-психиатрическое отделение и мне экспертиза очень нравилась. А у нас был сборник работ из Ин-та Сербского особенно интересных случаев. По моей просьбе меня направили в клиническую ординатуру Института им. Сербского.

С 1962 по 1964 год я училась в клинической ординатуре Ин-та им. Сербского у профессора Галачьяна в 5-женском отделении, которым он руководил. С 1964 года по настоящее время работаю врачом-психиатром в МОПБ № 5. Вначале я работала в приемном покое 2 года, с 3-го года перешла во второе отделение, вначале ординатором, затем в течение 10 лет — заведующей, и в последние годы после ухода на пенсию работаю ординатором. Все время во втором отделении. Имею высшую категорию врача-психиатра. Когда пришла сюда, главным врачом был Р. Н. Мурашкин, потом — И. И. Хесин, Смирнов, Красавин, Кокаев и В. И. Ревенко. 41 год работаю в нашей больнице.

Когда пришла сюда, здесь было всего 3 отделения — 1-е, 2-е и 3-е. 200 коек. Теперь в больнице — 14 отделений и 1075 коек. Так что больница выросла, построились новые корпуса, прибавилась территория,

приехало много новых врачей. Много старых врачей перешло в Москву, постоянно обновляется состав врачей.

Период клинического расцвета нашей больницы был связан с развитием школы Снежневского. Здесь очень хорошо тогда были поставлены консультации, клинические конференции и разборы, приезжала В. Н. Фаворина. А. К. Ануфриев оставил особенно глубокий след в больнице. Его конференции были на высоком уровне. Очень нравятся консультации Евтушенко. С Вами тоже. Каждый период жизни больницы по-своему хорош, хотя были и очень трудные, начиная с 1990-х годов.

Впервые я услышала об А. К. Ануфриеве в 1962 году, когда я пришла в ординатуру в Ин-т Сербского прямо перед его приходом. Но еще до его прихода я услышала, что в Институт приходит очень незаурядный врач. Молодой, умный, энергичный, знающий, способный психиатр. Что он свободно может написать кандидатскую диссертацию. И он сразу начал её писать. (И скоро ее защитил.) Его очень хвалили как подающего надежды и перспективного психиатра. А потом я его увидела. Ну, первое впечатление, что он молодой, энергичный, живой такой, выглядел моложе своих сорока лет. И на всех конференциях он очень хорошо выступал. Активно выступал и обоснованно отстаивал свою точку зрения. И при всем своем незаурядном уме он производил провинциальное впечатление, и речь была с провинциальным диалектом. Он был прост, приветлив, но совсем незащищенный, открытый, наивный еще. И он верил им всем. Всё принимал за чистую монету. Вот женщины, они лучше понимают, что не так всё просто, они не доверяются.

Он очень хорошо был дружен с психологами, с психологической лабораторией. Они его очень хорошо встречали. И потом, в конце концов, он там познакомился с Ириной Борисовной Бурштын. Там чаепитие они устраивали. Но его интересовала сама по себе психология для психиатрии. Ему очень интересно было. Он хотел её освоить. И использовать её. Как психолог он очень интересовался тестами, в том числе всеми американскими тестами. Выступал всегда открыто, свободно отстаивал свою точку зрения.

Я работала в 5-м отделении у профессора Галачьяна и часто видела Анатолия Кузьмича, потому что он был дружен, очень хорошо они сошлись с проф. Галачьяном, так как они оба были клиницисты, увлеченные своим призванием. Проф. Галачьян пришел из Кащенко, и в 1963 году он написала очень интересную статью о Ганнушкине к 30-летию со дня его смерти. И он так интересно рассказывал о работе больниц им. Кащенко, им. Ганнушкина. А Анатолий Кузьмич тоже интересовался старой психиатрией, и Ганнушкиным, в частности. И ему всё это было интересно. И постоянно они беседовали. И проф. Галачьян был в восторге от личности Анатолия Кузьмича как человека. Анатолий Кузьмич был тогда совсем моло-

дой, энергичный. Выглядел значительно моложе своих 40 лет. Всем интересовался, глубже всего интересовался психиатрией.

Он пришел в Сербский в отделение проф. С. Ф. Семенова младшим научным сотрудником. С. Ф. Семенов тогда был один из профессоров и руководил одним из отделений. И Анатолий Кузьмич у него сразу начал писать кандидатскую диссертацию. Я хорошо помню как проходила её апробация в Институте им. Сербского. Он очень подробно описывал сенесто-ипохондрический синдром. Я помню только нападки на него научных сотрудников и профессоров Института им. Сербского, особенно нападки проф. Фелинской, которые мне казались особенно тенденциозными и несправедливыми. Анатолий Кузьмич свободно применял термин “патокинез”, а она, по-видимому не догадываясь о существовании этого термина, решила, будто Анатолий Кузьмич в действительности имеет в виду термин “патогенез” и неграмотно произносит его. Поэтому поспешила поправить его и попала впросак, получив от соискателя спокойное квалифицированное разъяснение.

Надо сказать, что и остальная критика её была поверхностная, неграмотная, не по существу, не по клинике или психопатологии, а придирки по мелочам. Это бросалось в глаза. И было стыдно за нее. И потом, позднее, я узнала, что выступала проф. Фелинская, фактически даже не прочитав его работы. Это я точно знаю. Они все присутствовали на апробации. И Георгий Васильевич Морозов. Они были в очень хороших отношениях с Анатолием Кузьмичем. Он был единственный из всех профессоров, кто его поддерживал, это было ясно всем. Вот еще и проф. Галачьян, но во время апробации его не было, так как он заболел. А потом ушел. Поэтому на апробации АК остался наедине со всеми ними, со всей этой профессурой, которая была заодно против него. Очень неприязненные отношения у него были с Фелинской, с Лунцем, с проф. Гордовой. Но были хорошие отношения с Георгием Васильевичем, и Георгий Васильевич всегда его поддерживал морально, и дал ему окрепнуть, утвердиться в Институте. Он потом поставил Анатолия Кузьмича заведовать подростковым отделением. До, а может быть после защиты, и у него были побеги из отделения. Ну, как все подростки, и у него совершали побеги. Это были мелкие неприятности. Он как клиницист лечил этих подростков. Он был против жестких мер, мер ограничения, а это принимали в штыки. Видите, как, ведь в Ин-те Сербского была особая атмосфера. Более жесткая, чем в других институтах. Его всегда прикрывал Георгий Васильевич. Всегда морально и всячески ему помогал. У меня даже впечатление сложилось, что Анатолий Кузьмич работал там, пока его мог защищать Георгий Васильевич Морозов. Конечно, я потом — в 1964 году — ушла, но я знаю, что ГВ ну, порядочный человек, его поддерживал как мог, но вся профессура была настроена против Анато-

лия Кузьмича. Доброжелательного дружного коллектива в Институте Сербского не было. Все держались замкнуто, и каждое отделение держалось замкнуто, обособленно.

А против него они были настроены неслучайно: потому, что он был хороший клиницист, он пришел с периферии, и он придерживался школы Снежневского. А в Ин-те Сербского не очень хорошо относились к школе Снежневского, не так как в психиатрической больнице им. Кашенко. В Кашенко А. В. Снежневского признали полностью. Придерживались его школы. А Анатолий Кузьмич был во многом умнее их. А они, споря с ним, цеплялись за всякие мелочи.

— *Какие качества они не терпели в нём более всего?*

— Он очень простой. Он производил впечатление слишком простого, доверчивого. Может быть, даже провинциальная наивность была. Они же все были хитрые, заносчивые, высокомерные, считали себя выше, умнее всех, пупом земли. Но так они вели себя не только по отношению к Анатолию Кузьмичу. Потом, когда приходили в Сербский в ординатуру молодые врачи, таджики и др., то они открыто почти высказывали презрение к ординаторам, будто они примитивные, одного аспиранта таджика прозвали олигофреном. Своеобразная, недоброжелательная была атмосфера, особенно по отношению к новым сотрудникам. После Вологды мне это особенно бросалось в глаза.

К концу моей ординатуры проф. Галачьян через Анатолия Кузьмича, который до прихода в Институт им. Сербского был главным врачом Московской областной психиатрической больницы № 5, порекомендовал меня сюда. И пришла к главному врачу Мурашкину Ростиславу Николаевичу. Вот так, благодаря Анатолию Кузьмичу я здесь оказалась. Только здесь я узнала, что Анатолий Кузьмич жил здесь в Абрамцеве, рядом с больницей.

Равнодушных людей вокруг АК не было. Его или любили, или ненавидели и завидовали. Профессура не признавала его, не хотела помогать ему и ставила палки в его карьере. Он был МНС, затем, заведовал подростковым отделением после защиты, его называли профессором, приглашали на консультации, он читал лекции на юрфаке МГУ. Его называли профессором еще до защиты докторской. К нему много было звонков. Всегда любили с ним консультировать тяжелых больных. Это и в других больницах. Как талантливый психиатр, он был очень популярен.

— *Как одевался, ходил ли на вечера, общался с кем?*

— Ну, с кем общался? Вы знаете, с кем.

— *Как общался с мед. персоналом, с сестрами?*

— Ну, и с сестрами общался. Он вообще тогда любил женщин, надо сказать. Он женщин любил.

— *Когда я работал у Анатолия Кузьмича в Московском НИИ Психиатрии, мы все его не только любили, но и идеализировали. И у нас у всех было такое впечатление, что Анатолий Кузьмич кроме психиатрии вряд ли чем интересовался.*

— Ну, нет. Нет. Он очень интересовался.

— *Женскую красоту он замечал?*

— А как же! У него была женщина, я знаю, что у него была медсестра (до Ирины Борисовны), которая училась в мединституте. И она там в Ин-те Сербского работала. Она закончила мед. институт. Но они с ней расстались. Они с Ириной Борисовной сошлись... она родила ему девочку.

— *А за что критиковали Анатолия Кузьмича психиатры-клиницисты, недоброжелатели?*

— Да, в Институте Сербского у него было много недоброжелателей, которые его критиковали, или пытались критиковать, мол, какой может быть правильный у него диагноз, если он, этот диагноз — всё у него шизофрения.

100-летие

“Общей психопатологии” Карла Яспера

20 июля 2013 г., Оксфорд, Великобритания

www.inpponline.org; conference@contented.ox.ac.uk

Конференция по судебной психиатрии в Санкт-Петербурге

1 – 2 апреля 2013 года в Санкт-Петербурге состоялась научно-практическая конференция “Организационно-правовые, клиничко-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы”, организованная Российским обществом психиатров и научными и лечебными психиатрическими учреждениями Санкт-Петербурга. На конференцию приехали более 160 психиатров из 55 регионов страны, что сделало ее поистине всероссийской и обеспечило высокую значимость обсуждения и принятой резолюции. В работе конференции приняли участие и представители Независимой психиатрической ассоциации России.

Первый день конференции был посвящен вопросам диагностики и терапии психических расстройств, второй — проблемам судебно-психиатрической экспертизы в свете законодательных новаций последнего времени. Особое внимание было уделено экспертизе недееспособности и проблемам, возникающим в связи с введением новой правовой категории — “ограниченная дееспособность вследствие психического расстройства”. Анализ этого понятия были посвящены доклады главного врача Психиатрической больницы № 6 Санкт-Петербурга А. В. Гуриной и руководителя Отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Н. К. Харитоновой. В обоих докладах указывалось, что принятая формулировка ограниченной недееспособности — “способность понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц” — не содержит критериев дифференцированной оценки дееспособности и не отвечает целям введения нового понятия: соразмерности гражданско-правовых последствий степени фактического снижения социальных функций.

Выступившие в заключительном обсуждении представители НПА России Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова и эксперт-юрист Д. Г. Бартенев подчеркнули важность активной позиции психиатрического сообщества на настоящем этапе, необходимость принятия экстренных мер для пересмотра принятой формулировки, которая отвечает интересам лишь небольшой группы людей с психическими расстройствами, прежде всего, людей с интеллектуальной недостаточностью, которые живут в семьях с заботливыми и доброжелательными родственниками. Причиной такого положения вещей явился тот факт, что в очередной раз правозащитное сообщество оказалось активнее профессионального психиатрического, и в результате

была принята формулировка, предложенная Центром лечебной педагогики, ориентированная только на тот контингент, с которым они работают. “Не случайно, — сказал д-р Ю. С. Савенко, — не Центр им. Сербского сдвинул с мертвой точки проблему ограниченной дееспособности, а наш эксперт-юрист Д. Г. Бартенев с помощью Европейского и Конституционного судов”. Л. Н. Виноградова предложила “просить Российское общество психиатров создать междисциплинарную группу с включением в ее состав общих и судебных психиатров, психологов, социальных работников и юристов для разработки предложений по реализации положений Гражданского кодекса, предусматривающих введение ограниченной дееспособности в связи с психическим расстройством”. **НПА России предлагает следующую формулировку ограниченной дееспособности:** “не может в полной мере понимать значение своих действий и руководить ими” или, что предпочтительнее, **“не может понимать значение своих действий во всех сферах жизнедеятельности”**. **Задача суда — определить, в каких именно сферах жизнедеятельности следует ограничить дееспособность человека.** До вступления в силу поправок в ГК РФ есть еще два года и необходимо использовать их на корректировку принятой формулировки и разработку критериев для оценки разных вариантов ограничения дееспособности.

Конференция обсудила вопросы предстоящей федерализации судебно-психиатрической службы¹ и необходимости разработки Федерального закона “О судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе в Российской Федерации”, а также выразила свою озабоченность в связи с нерешенностью проблемы охраны отделений судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей, и практикой назначения судебно-психиатрических и смежных с ними экспертных исследований на этапе до возбуждения уголовного дела (что стало возможным после внесения изменений в ст. 144 УПК РФ).

Была принята приводимая ниже резолюция.

¹ Впоследствии по просьбе Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина НПА России сформулировала свою позицию по вопросу федерализации судебно-психиатрической службы, которая публикуется в настоящем выпуске журнала.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Рабочего совещания по судебной психиатрии

Современное развитие судебно-психиатрической службы требует координации усилий по осуществлению целого ряда мероприятий, связанных с изменением организационно-правовой базы судебно-психиатрической экспертизы и введением новых правовых категорий, определяющих предмет судебно-психиатрических экспертных исследований. Состоявшиеся и планируемые законодательные реформы требуют решения многочисленных задач, к первоочередным из которых относятся следующие.

1. Просить МЗ РФ ускорить утверждение Порядка проведения судебно-психиатрических экспертиз, подразумевающего внедрение современных правил организации деятельности экспертных подразделений, их новых штатных нормативов и стандартов оснащения.

2. Просить МЗ РФ создать межведомственную группу для разработки Федерального закона «О судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизе в Российской Федерации».

3. С учетом необходимости реорганизации службы судебно-психиатрической экспертизы, особой социальной значимости задач, требующих оперативного решения в свете законодательных новаций, просить МЗ РФ о восстановлении института главного внештатного судебно-психиатрического эксперта Министерства здравоохранения России.

4. Просить ФГБУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского»:

4.1. Для более полного раскрытия содержания новых понятий, введенных в ГК РФ с сфере ограничения дееспособности, необходимо получить разъяснения и комментарии для единообразного толкования и применения этих понятий как судебно-психиатрической экспертной службой, судами общей юрисдикции, так и органами опеки. С этой целью необходимо подготовить и направить соответствующие материа-

лы в Верховный Суд, Правовое Управление Администрации Президента РФ, Минюст РФ.

4.2. Подготовить методические материалы, содержащие представления о методологических и методических подходах к решению данной экспертной задачи, критериях экспертной оценки с учетом разработанных в настоящее время типологии дефектных состояний при шизофрении, клинических вариантов деменции, а также используемых комплексных оценочных шкал социальной адаптации.

4.3. Подготовить информационное письмо о правомерности производства судебно-психиатрических экспертиз на этапе до возбуждения уголовного дела и условиях, при которых такие экспертные исследования допустимы.

4.4. Рассмотреть на межведомственном совещании вопросы правоприменения ст. 107 УПК РФ в части условий производства стационарных экспертиз лицам, которым определена мера пресечения «домашний арест»

5. ФГБУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского», Правлению РОП

5.1. Рассмотреть возможность создания рабочей группы с привлечением специалистов экспертов регионов, психологов, специалистов по социальной работе, юристов для разработки предложений по реализации положений ГК РФ, предусматривающих введение ограниченной дееспособности в связи с психическим расстройством.

5.2. Привлечь рабочую группу, состоящую из специалистов экспертов различных субъектов РФ, к вопросам разработки оптимальной модели экспертного учреждения с учетом структуры, численности населения, потребности в проведении различных видов судебно-психиатрических экспертиз, и т.д.

5.3. Подготовить и направить повторно в МЗ РФ и Минюст РФ ходатайство о безотлагательном решении в законодательном порядке вопроса охраны отделений судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей.

Федерализацию судебно-психиатрической службы не одобряет все профессиональное сообщество

В ходе Всероссийской конференции по судебной психиатрии в Санкт-Петербурге 2 апреля подробно обсуждалось поручение Президента РФ от 03.02.2012 № Пр-267, предусматривающее принятие мер по обеспечению производства судебно-психиатрических экспертиз исключительно в медицинских учреждениях и подразделениях, относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, т.е. фактическое переподчинение региональных судебно-психиатрических отделений министерству, выстраивание “экспертной вертикали”.

В совещании приняли участие более 160 специалистов по судебной психиатрии из 55 регионов Российской Федерации, а также представители Независимой психиатрической ассоциации России.

Фактически все представители судебно-психиатрической службы на местах отрицательно относятся к перспективе предстоящей “федерализации”, справедливо полагая, что она приведет к развалу этой службы. Фактически таким же было и публично озвученное “личное мнение” ведущих сотрудников Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского проф. Н. Д. Букреевой и проф. А. А. Ткаченко.

Во-первых, из-за огромных географических масштабов страны **оперативное руководство службой из одного центра не представляется возможным.** Судебно-психиатрическая служба в нашей стране для эффективного функционирования нуждается в децентрализации, предлагаемый план приведет ее к деградации.

Во-вторых, нынешние проблемы судебно-психиатрической службы связаны, прежде всего, с отсутствием или недостатком обученных и работающих на постоянной основе врачей-экспертов. Федерализация приведет к еще **большему оттоку кадров**, поскольку обеспечение кадрами решается не в центре, а на местах, где должны создаваться условия ПРОЖИВАНИЯ, достойной оплаты труда, обеспечения льготами и т.д. и т.п. в условиях конкретики нашей страны.

В-третьих, связанная с федерализацией **ликвидация маломощных экспертных учреждений** приве-

дет к огромным трудностям доставки подэкспертных (особенно стражного контингента) в областные и республиканские центры и последующим протестным действиям МВД, Прокуратуры, судов.

В-четвертых, подчинение всех судебно-психиатрических отделений федеральному центру окончательно **устранит всякую возможность состязательности**, возможности оспорить результаты судебно-психиатрической экспертизы, что **приведет к существенному нарушению прав граждан на справедливое судебное разбирательство.**

По мнению присутствующих, осуществление столь радикальной реформы судебно-психиатрической службы **требует предварительной оценки организационных, кадровых и финансово-экономических рисков**, без которого передача полномочий по производству судебно-психиатрических экспертиз на федеральный уровень может закончиться провалом.

В настоящее время особую актуальность имеют вопросы создания так наз. “модели экспертного учреждения” с расчетом необходимого числа экспертных коек (стражных, нестражных отделений) на 10 000 населения, штатов экспертов в зависимости от объемов экспертной деятельности с учетом частоты назначения судебно-психиатрических экспертиз, криминальной обстановки в стране. Особую озабоченность вызывает закрытие стражных экспертных отделений в ряде регионов, неравномерная нагрузка на экспертные койки, на экспертов в различных регионах. Эти проблемы должны решаться на местном уровне, с учетом специфики регионов.

Решение проблем судебно-психиатрической экспертизы, как и проблем с кадровым обеспечением здравоохранения в целом, связано с коренным изменением престижа работы врача, врача-эксперта, с улучшением финансового благополучия, изменением отношения общества и руководства страны к проблемам людей, занятых в здравоохранении.

*Президент Независимой
психиатрической ассоциации России
Ю. С. Савенко*

Пенитенциарная медицина в Красноярске

16–17 апреля в Красноярске прошел семинар Российского проекта общественных наблюдательных комиссий (совместный проект Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации и Совета Европы; директор В. М. Гефтер, исполнительный директор Л. Н. Виноградова), проведенный совместно с ГУФСИН по Красноярскому краю и Фондом “Общественный вердикт”, на тему “Актуальные проблемы соблюдения прав человека в местах принудительного содержания: обеспечение прав лиц, содержащихся под стражей, на медицинское обслуживание”.

Один из экспертов Совета Европы Владимир Йович, сербский психиатр, работающий в Косово, рассказал о практике использования национальных превентивных механизмов (НПМ) для улучшения ситуации с оказанием медицинской помощи в местах лишения свободы. НПМ — это государственная система контроля за соблюдением прав человека в местах принудительного содержания, создающаяся в соответствии с Европейской Конвенцией против пыток, которую подписала Россия, и Факультативным протоколом к этой конвенции, который Россия до сих пор не ратифицировала. Представители Национальных превентивных механизмов имеют право на посещение мест принудительного содержания (в том числе психиатрических больниц) без предупреждения в любое время, на частную беседу в отдельном помещении с гарантией анонимности и безопасности, на доступ ко всей документации и право на выработку рекомендаций. НПМ введен в 23 странах Европы, Сербия ратифицировала Факультативный протокол к Конвенции против пыток в 2003 г., НПМ заработал в 2011 г. По результатам своих проверок НПМ готовит отчеты, которые составляются таким образом, чтобы руководство могло изменить ситуацию. Если первое время администрации мест принудительного содержания относились к НПМ настороженно, то теперь сотрудничают с ними, беспрекословно предоставляют всю необходимую информацию, внимательно относятся к выработанным рекомендациям. Таким образом, НПМ стали серьезным шагом на пути гуманизации мест принудительного содержания.

Д-р Йович подчеркнул одинаковые механизмы жестокого обращения в концлагере, тюрьме и психиатрической больнице. Но следовало бы сказать, что даже в случае недобровольной госпитализации все зависит от исходной установки, от того, какой смысл приобретает происходящее в сознании больного, от наших целенаправленных личных усилий в этом направлении, от возможного изживания собственных комплексов, что превращает любое учреждение либо в тюрьму и пытки, либо в реальную больницу, когда оправдывается фраза руководителя Красноярского

ФСИН, что “многие больные лучше лечатся нашими врачами в наших условиях”.

О работе Европейского Комитета против пыток (ЕКПП) рассказала его вице-президент Марзена Ксел из Кракова. Конвенцию, в соответствии с которой создан Комитет, ратифицировали 47 стран (кроме Беларуси), и каждая имеет там своего представителя. Комитет заседает 3 раза в год и сохраняет полномочия в течение 4 лет. За 24 года существования Комитет организовал 337 визитов (в том числе в Россию). Публичные заявления делаются очень осторожно, доклады Комитета публикуются только с разрешения правительства проверяемой страны, и до 2013 года доклады по России не публиковались. В этом году Правительство России изменило свою позицию и с первым докладом Европейского комитета против пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (ЕКПП) по результатам посещения Северо-Кавказского региона Российской Федерации может ознакомиться любой желающий (<http://www.cpt.coe.int/documents/rus/2013-01-inf-rus.pdf>). Публикуется также международный журнал “Здоровье в тюрьмах”, которые есть и на русском языке.

В здоровье заключенных, в принципе, заинтересованы все стороны — не только заключенные, но также персонал, и государство. Тюрьма приучает к здоровому образу жизни и освобождает от вредных привычек и зависимостей. Правда, она способствует перверсиям и является рассадником туберкулеза.

По свидетельству выступавших сотрудников ФСИН, 90 % болезней выявляются при поступлении и только 10 % в ходе содержания. В структуре заболеваемости преобладают психические расстройства, составляющие почти 25 % общего числа заболеваний. За ними следуют заболевания органов дыхания (это туберкулез, о котором было сказано, что он “растет и будет расти”) и инфекционные заболевания. Что касается больных алкоголизмом и наркоманией, то здесь нет тенденции к снижению, хотя налажен 8-ми месячный курс лечения от наркомании и кодирование, которые осуществляются добровольно. В отношении людей с психическими расстройствами, помимо ошибок судебно-психиатрических экспертиз (чаще всего в отношении определения степени тяжести расстройства) наиболее актуальной проблемой является заболеваемость после попадания в СИЗО, колонию или тюрьму, поскольку сама ситуация является стрессогенной и провоцирует развитие психических расстройств.

Участникам семинара показали самую крупную в стране больницу ФСИН для туберкулезных больных (Красноярская краевая тюремная больница), где имеется и психиатрическое отделение на 80 коек, располагающее психотропными препаратами новых поко-

лений. В этой больнице принципиально по-новому, на основе современных технических достижений решен вопрос охраны и предупреждения побегов. Помимо 6-ти метровой стены, недоступной скалолазам, все — снаружи и внутри — оснащено видео-наблюдением с выводением данных на общий пульт. В результате, удалось избавиться от вышек и собак и в разы уменьшить ЧП в палатах. Медицинским управлением ФСИН по Красноярскому краю организован медицинский автопоезд, оказывающий специализированную помощь на ранних этапах заболевания. Тем не менее, лишь 44 % нуждающихся охвачены медицинской помощью.

Нельзя не отметить гуманный дух выступлений сотрудников ФСИН, откровенное возмущение тем, что за недавнее время только 6 заключенных были освобождены по болезни, что вдвое меньше нуждавшихся в этом, что судьбы не освобождают умирающих. Но смертность в СИЗО все же с каждым годом снижается. Ответственными за антигуманный карательный стиль являются по мнению выступавших (в порядке убывания) следователь — прокурор — судья — система ФСИН.

Большой интерес представляло выступление председателя Общественной наблюдательной комиссии по Алтайскому краю в прошлом врача-педиатра А. И. Гончаренко об опыте Алтайского края в решении проблем дополнительного лекарственного обеспечения, ежегодно обновляемых списков бесплатных лекарств, договоров с муниципалитетом и аптеками, медико-социальной экспертизы, службы психологической поддержки и т.п.

¹ Уполномоченные по правам человека.

На заключительном круглом столе были обсуждены три следующих блока вопросов:

1. Актуальные проблемы оказания медицинской помощи в Сибирском ФО — взгляд ФСИН, ОНК, УПЦ¹.

2. Взаимодействие субъектов общественного контроля, администрации учреждений ФСИН и органов власти в решении актуальных проблем соблюдения стандартов оказания медицинской помощи заключенным в Сибирском ФО — лучшие практики и недостатки на примере субъектов СФО.

3. Предложения по улучшению ситуации с оказанием медицинской помощи заключенным в Сибирском ФО.

Участники семинара пришли к выводу, что эксперимент по реформированию медицинской службы ФСИН, предусматривающий выход медико-санитарных частей из непосредственного подчинения начальников исправительных учреждений и следственных изоляторов и переподчинения их территориальному органу ФСИН, следует считать успешным. Такое решение вопроса делает представителей медико-санитарной службы ФСИН реально более независимыми и избавляет их от выполнения многих несвойственных им функций. В условиях активного нежелания Минздрава РФ принимать в свое ведение систему пенитенциарной медицины, ФСИН ищет и предлагает эффективные пути реального улучшения ситуации с оказанием медицинской помощи людям, находящимся в местах лишения свободы.

В Совете Федерации

23 апреля 2013 г. в Комитете Совета Федерации по социальной политике состоялось заседание рабочей группы по совершенствованию законодательства о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании под руководством председателя Экспертного совета по здравоохранению В. В. Омеляновского. Цель заседания заключалась в выработке согласованного текста поправок в законопроект № 217151-6 “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” для последующего внесения их в Госдуму ко второму чтению законопроекта. Корректировка затронула 56 федеральных законов.

Руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова, принявшая участие в заседании, предложила внести уточнение в определение понятия “врачебная тайна”, содержащееся в ст. 9 Закона о психиатрической помощи. К “иным сведениям”, составляющим врачебную тайну, по ее мнению, должны относиться не только сведения о состоянии психического здоровья, т.е. исключительно медицинские данные, но и другая конфиденциальная информация, сообщаемая пациентом при обследовании и лечении. Для приведения ст. 9 в соответствие со ст. 13 нового базового Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее — Закон об охране здоровья) слова “а также иные сведения о состоянии психического здоровья” было предложено

но заменить словами “а также иные сведения, полученные при его психиатрическом обследовании и лечении”.

В дополнении нуждалась ч. 7 ст. 43 Федерального закона “Об обращении лекарственных средств” в отношении клинических исследований с участием недееспособных граждан. Предложение “Клиническое исследование лекарственного препарата в этом случае проводится при наличии согласия в письменной форме законных представителей указанных лиц” Ю. Н. Аргунова предложила дополнить словами “, если такие лица по своему состоянию не способны дать согласие на клиническое исследование”. Эта поправка вытекает из требований ст. 20 Закона об охране здоровья, в соответствии с которой согласие на медицинское вмешательство в отношении недееспособного лица дает его законный представитель, однако при условии, если само недееспособное лицо по своему состоянию не способно дать такое согласие.

Аналогичную поправку предложено внести в ч. 1 ст. 6 Закона РФ “О трансплантации органов и (или) тканей человека” с целью приведения ее в соответствие с ч. 5 ст. 47 Закона об охране здоровья, предусматривающей право недееспособного реципиента, сохранившего способность дать информированное добровольное согласие, самому решать вопрос о даче согласия на трансплантацию.

В Уголовно-исполнительном кодексе РФ было рекомендовано предусмотреть норму, конкретизирующую введенное Законом об охране здоровья (п. 3 ч. 4 ст. 13) такое основание для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина, как запрос органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно. Представленная в законопроекте новая редакция ч. 5 ст. 101 УИК РФ не обеспечивает регулирование данного вопроса, поскольку вытекает из положений не п. 3, а п. 8 ч. 4 ст. 13 Закона об охране здоровья. Она касается осужденных к лишению свободы, нуждающихся в оказании медицинской помощи, и не распространяется на условно осужденных и лиц досрочно освобожденных.

Было также указано на неудачную редакцию поправок в ст. 281, 284 и 286 ГПК РФ, не позволяющую психоневрологическим интернатам как стационарным учреждениям социального обслуживания подавать заявления в суд о признании лица недееспособным или дееспособным. Привычные слова “психиатрическое или психоневрологическое учреждение” в этих нормах заменены словами “медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь”. К последним, как известно, ПНИ не относятся.

Указанные предложения были одобрены. Дискуссию вызвал вопрос о внесении изменений в Федеральный закон “О полиции”. Пункт 35 ч. 1 ст. 12 данного закона обязывает полицию оказывать содействие медицинским работникам в осуществлении *назначенной судом* недобровольной госпитализации лиц в медицинские организации, а также обеспечивать медицинским работникам безопасные условия для доступа к этим лицам и их осмотра. Эта норма, однако, противоречит порядку недобровольной госпитализации, установленному ст. 32 – 35 Закона о психиатрической помощи и ст. 302 – 305 ГПК РФ, в соответствии с которыми недобровольная госпитализация лица осуществляется *до, а не после* принятия судебного решения о правомерности такой госпитализации. По мнению Ю. Н. Аргуновой, п. 35 ч. 1 ст. 12 Федерального закона “О полиции” следовало привести в соответствие с п. 2 ч. 10 ст. 20 Закона об охране здоровья, отсылающим по этому вопросу к законодательству Российской Федерации, т.е. к нормам Закона о психиатрической помощи и ГПК РФ. Было предложено в п. 35 ч. 1 ст. 12 слова “назначенной судом” исключить. Эта инициатива была поддержана. Вместе с тем, по мнению А. И. Корунчикова — зам. начальника отдела по взаимодействию с Федеральным Собранием РФ и общественными объединениями Минздрава России — предложенная поправка должна быть принята в рамках другого законопроекта, поскольку она устраняет противоречие с Законом о психиатрической помощи но, якобы, не вытекает из положений Закона об охране здоровья.

Ю. Н. Аргунова

Совещания у главного психиатра Минздрава России

В апреле 2013 г. прошло три совещания у главного психиатра Минздрава России, посвященных протоколам ведения больных, состоянию и путям совершенствования законодательства о психиатрической помощи и нашему открытому письму в адрес МЗ РФ о “стандарте амбулаторного лечения декомпенсации расстройств личности”. Во всех мы приняли активное участие по собственной инициативе, задав высокий градус полемики. Особенно это касалось последнего совещания, на котором присутствовали проф. В. Н. Краснов и большая группа сотрудников МНИИ психиатрии, главный психиатр Москвы Б. Д. Цыганков и сотрудники Центра им. Сербского. Проф. З. И. Кекелидзе зачитал наше письмо и совершенно бессодержательный ответ Минздрава, предлагающий дать содержательный ответ Центру им. Сербского. Зураб Ильич, признав справедливость содержания письма, пытался уверить, что не имеет отношения к тексту стандарта, что даже сам протестовал, хотя не мог объяснить, кто его автор, что странно для главного психиатра МЗ. Кто мог внести 5 – 9 кратное превышение доз даже для острых психотических состояний в стандарт коррекции расстройств личности?

Представляется очевидной лежащая на поверхности коррупционная составляющая происшедшего, — ведь указанные дозы ведут к в разы большим закупкам лекарственных средств. Недопустимы попытки замять этот приказ Минздрава, нелепость которого стала бы преступной при его исполнении. Ясно, что такое могло произойти в силу того, что общественное обсуждение совершается, как правило, пост-фактум, явно для декора. Последнее слово в профессиональных делах должно принадлежать профессиональному

сообществу, в противном случае будет повторяться то, что произошло недавно на заседании Комитета Совета Федерации по вопросу о дееспособности, когда из-за того, что был снят запланированный доклад нашего юриста Ю. Н. Аргуновой, и ей даже отказали в приглашении “из-за отсутствия мест в зале” (!), прошла формулировка статьи закона, адекватная только для лиц с интеллектуальной недостаточностью, но не для психически больных (“при помощи других лиц”). И на это заседание нам категорически отказали пригласить больше одного человека, ссылаясь на то, что здесь недостаточно стульев (*половина стульев в зале были пусты*). — “Достаточно одного!”.

Выступившие проф. В. Н. Краснов, проф. Б. Д. Цыганков и др. поддержали содержание письма НПА. Однако наши настояния выяснить механизм происшедшего председатель проигнорировал. Видимо, для него было достаточно провести данное совещание.

Каков же итог? Мы написали письма в Генеральную прокуратуру, Следственный комитет и Минюст России для проверки версии коррупционной составляющей, опираясь на прозвучавшие сведения, что последним кто имел дело с этим стандартом, был Фонд обязательного медицинского страхования, а не психиатры. Полученные ответы были не менее выразительны своей казенной невозмутимостью, чем само беспрецедентное увеличение доз. Эти тексты украсили бы любой сатирический журнал типа “Крокодила”. Итак, все, что сделано, по форме сделано правильно. Обращайтесь снова в Минздрав.

А по словам проф. Кекелидзе, виноватых нет, — “это техническая ошибка”.

В Европейском суде по правам человека

2 мая 2013 Европейский суд по правам человека вынес постановления сразу по двум делам, связанным с психиатрией, признав в обоих случаях нарушение статьи 5 § 1 Европейской конвенции по правам человека (право на свободу и личную неприкосновенность).

ЕСПЧ рассмотрел дела двух граждан, обратившихся в Гражданскую комиссию по правам человека, — Петуховой А. Я. и Загидулиной З. К.

В январе 2006 года в психоневрологический диспансер поступило заявление о проведении психиатрического освидетельствования москвички Петуховой Аллы Яковлевны. Поводом для заявления стали жалобы соседей на поведение заявительницы. Семь месяцев спустя, в июле 2006 года врач-психиатр направил в суд заявление о проведении психиатрического освидетельствования Петуховой без ее согласия. В обоснование заявления была положена лишь та информация, которая была предоставлена в жалобах соседей. 18 августа 2006 года в отсутствие Петуховой судом была выдана санкция на проведение психиатрического освидетельствования.

Три месяца спустя, 1 декабря 2006 года по заявлению диспансера гр. Петухова была доставлена в психиатрическую больницу, где ее уведомили о решении суда о принудительном психиатрическом освидетельствовании. Алла Яковлевна не имела возможности исполнить решение суда добровольно — она узнала о нем уже в психиатрической больнице. Однако подпункт b пункта 1 ст. 5 Конвенции по правам человека предусматривает лишение свободы только в случае отказа от выполнения законного решения суда. Также суд постановил выплатить Петуховой А. Я. €3850 компенсации материального ущерба и судебных расходов.

История Загидулиной Зелфруз Карибуллоуны началась с того, что в Гражданскую комиссию по правам человека позвонила незнакомая женщина и сказала: “Зелфруз Карибуллоуна просила вам передать, что она здесь [в психиатрической больнице] и ее заколют насмерть, если никто не вмешается. Свое имя я называть не буду — я тут санитаркой работаю, уже старая, меня уволят, если узнают, что я звонила, и никуда больше не возьмут”.

Загидулина З. К., жительница Москвы, в 2005 году пришла в психиатрическую больницу № 1 Москвы, чтобы в очередной раз посетить свою дочь. Зелфруз Карибуллоуна начала жаловаться, что медперсонал психиатрической больницы плохо обращается с ее дочерью и 13 мая 2005 года Загидулина потребовала немедленно выписать ее дочь из психиатрической

больницы. В результате, в тот же самый день в психиатрическую больницу госпитализировали саму Загидулину, без ее согласия.

ЕСПЧ усмотрел в деле Загидулиной З. К. нарушение пункта 1 ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (право на свободу и личную неприкосновенность) и постановил выплатить Загидулиной €10 000 компенсации нематериального ущерба и судебных расходов.

Полный текст постановлений ЕСПЧ по данным делам доступен по ссылкам:

<http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng-press/pages/search.aspx?i=001-119046>

<http://hudoc.echr.coe.int/webservices/content/pdf/001-119043?TID=dnhkvaooqpt>

Для Гражданской комиссии по правам человека эти постановления ЕСПЧ продолжили плеяду важных решений, укладываемых в рамки реформы области душевного здоровья. От Постановлений Конституционного Суда РФ от 20.11.2007 г., 27.02.2009 г., Определения Конституционного Суда РФ от 05.03.2009 г., Решения Верховного Суда РФ от 29.01.2007 г. — и вот теперь до Постановлений Страсбургского суда Гражданская комиссия по правам человека повышает стандарты защиты прав граждан, добивается не только защиты отдельных из них на индивидуальном уровне, но и через Верховный, Конституционный и Европейский суды последовательно проводит в жизнь реформы самих законодательных норм, все более приближая их к общемировому уровню соблюдения прав и достоинства личности.

В настоящее время Гражданская комиссия по правам человека озабочена также массовыми нарушениями прав граждан при их лишении дееспособности, вскрывшимися в результате многочисленных обращений пострадавших. Хочется выразить надежду на то, что Россия научится защищать права своих граждан самостоятельно, без помощи Европейского суда по правам человека (www.echr.ru).

От редактора. Поздравляя Гражданскую комиссию по правам человека с успехом, мы с удовлетворением отмечаем, по крайней мере, в этом тексте, отсутствие непродуктивных антипсихиатрических выпадов и вхождение ее деятельности в правовое русло. Важно делать решения Европейского суда широко известными среди юристов и психиатров, делая их прецедентными и стараясь извлечь из них максимальную пользу.

Трагедия в Раменском. Будут ли извлечены уроки?

36 сгоревших заживо больных и 2 сотрудника Раменской психиатрической больницы Подмосковья — разве что эта трагедия заставит российские власти предпринять действенные меры, а не ограничиться дежурным поиском виноватых среди “мышей” и внешних поводов.

Дело в системных недочетах, прежде всего, в упорной экономии на больных, вопреки хорошо известному, что это — “себе дороже”.

Во-первых, с 2000 года по данным самого Минздрава России треть капитального фонда психиатрических учреждений объявлялась непригодной к эксплуатации.

Во-вторых, это **отсутствие как государственного, так и общественного контроля.** Закон о психиатрической помощи 1992 года предписывал создание “независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”. Эта 38 статья — гарантия исполнения всего закона для стационарных больных — до сих пор, более 20 лет, не исполняется властями вопреки активным усилиям всего профессионального сообщества. — Якобы все эти 20 лет нет средств даже на пилотный проект в трех регионах страны. Что касается общественного контроля, то Дума, принимая в 2008 году закон об общественном контроле в местах принудительного содержания, вычеркнула из него психиатрические больницы.

И, наконец, в-третьих, это **нищенская зарплата медперсонала за пределами Москвы,** ведущая к острой нехватке младшего персонала. Необходимость работать на полторы-две ставки оборачивается дремотой на дежурстве.

Так что **если говорить о подлинных причинах и виновности, то это вина правительства, не выполняющего закон,** пересмотр которого сейчас чреват опасностью очередного ухудшения, как это было в 2004 г., когда были отменены государственные гаран-

тии “высокого качества психиатрической помощи” (ст. 17 закона).

В отличие от первоначальных нелепых официальных разъяснений, нелепых для профессионала, вроде “наркотического сна от психотропных средств”, наиболее адекватным и деловым стал ответ председателя Правления Московского областного общества психиатров Валерия Яковлевича Евтушенко на сайте РОП.

“По заключению экспертов, у всех было отравление угарным газом. Стены были побелены, поэтому отравления газами от пластика не было. При открытии двери сразу же сработал эффект аэродинамической трубы, потому что входная дверь была в торце. Дальше уже запыляло вовсю, так как здание было деревянным, старым. Это был один из бывших барачков для заключенных, которые когда-то, 80 лет назад, строили канал “Москва – Волга”. На новую постройку власть не накопила денег ни в советские, ни в постсоветские времена. Таким образом, главным фактором пожара стала барачная конструкция старого деревянного здания, которое лечебным учреждением и назвать-то трудно. Проблема, однако, в том, что относительно новые постройки психиатрических больниц, которые считались “типовыми”, хотя и не деревянные, но столь же опасны. У них та же конструкция — длинный коридор с выходной дверью в торце. При открытии двери задует так же, как и в 14-ой больнице, только сгорит позже. За то отравит скорее, так как стены, как правило, отделаны пластиком. А продуманного во всех отношениях психиатрического стационара, безопасного и в противопожарном отношении, нет. Есть два пособия по их проектированию. ...А вот согласование с пожарнадзором и психиатрами нет совсем... Вот в этом последнем мне и видится корень зла. Обсудить, какой должна быть современная психиатрическая больница, составить соответствующие планировочные технические условия, технические задания, должны психиатры и наркологи, а не гигиенисты...”.

Проверка психоневрологических интернатов Москвы

В марте-апреле 2013 г. члены Независимой психиатрической ассоциации России Л. Н. Виноградова и Н. В. Спиридонова в составе комиссии, созданной Департаментом социальной защиты населения г. Москвы, проводили проверку психоневрологических интернатов г. Москвы с целью определения правомерности помещения в них граждан. Члены НПА посетили 9 психоневрологических интернатов (№ 2, 3, 5, 11, 13, 18, 23, 26, 30).

После первых двух поездок (ПНИ № 26 и ПНИ № 5) на сайте НПА России появился текст под названием “Психоневрологические интернаты преобразуются”, который сразу вызвал критическую реакцию со стороны наших региональных коллег: “Москва — не Россия. Посмотрели бы вы, что творится в наших интернатах”. Пришлось изменить название на “Психоневрологические интернаты Москвы преобразуются”.

Тем не менее, дальнейшие поездки только укрепили первоначальное мнение о том, что (как было сказано в первом репортаже) “средства, которые Правительство Москвы вложило в благоустройство учреждений социального обеспечения, не пропали даром”. Главный вывод: жизнь в психоневрологических интернатах может быть вполне достойной и даже счастливой, нужно лишь иметь возможности и желание все организовать так, чтобы было удобно людям, в них проживающим. Как сказал директор ПНИ № 23 на Лосином острове Сергей Андреевич Пьянков, подход у нас должен быть клиент-центрированный.

Во всех интернатах сделан капитальный ремонт, они оборудованы современной медицинской техникой, необходимыми средствами ухода за тяжелобольными. Везде налажено 5 – 6 разовое питание, из расчета 160 – 200 руб. в день на человека, причем рацион обязательно включает свежие фрукты и овощи, мясо, рыбу, домашнюю выпечку. В некоторых интернатах есть свой сад-огород, продукция которого дополняет стол проживающих. Насилия по отношению к проживающим нет: все отделения оборудованы видео-камерами, причины каждого даже незначительного телесного повреждения (синяк, царапина) разбираются, конфликты стараются решить методом примирения. Кроме того, персонал получает достойную зарплату и держится за свою работу, а руководство не боится увольнять тех, кто не способен относиться к проживающим с уважением и состраданием. “Здесь жизнь — рай, кормят, поят, никаких забот. Я каждый день зимой на лыжах хожу 6 км”, — сказал нам один из проживающих. Конечно, есть и такие, которые хотели бы “на волю”, однако не все понимают, что это такое, да и не способны проживать самостоятельно без посторонней помощи.

Психоневрологические интернаты, находящиеся в ведении Московского департамента социальной защиты населения, отличаются большим разнообразием. Некоторые из них находятся в весьма отдаленных районах, например, под Дмитровом (ПНИ № 3) или под Серпуховом (ПНИ № 2), и дорога туда занимает не менее двух часов. В эти интернаты помещают тяжело больных инвалидов, которых практически не навещают родственники. Там преобладают люди пожилого возраста, 4/5 признаны недееспособными, из них практически не выписывают.

В других значительную часть составляют молодые; они расположены, в основном, в черте города, в экологически чистых местах, с хорошо благоустроенной территорией. Один из них — ПНИ № 11 на Ставропольской улице. Из 650 обитателей интерната 426 молодых, возраст которых не превышает 35 лет. Для них организован широкий спектр реабилитационных программ. Это и адаптация в городской среде, и занятия “живая природа” и “магазин” (деньги, продукты), и различные спортивные мероприятия, и даже ипotherapie (неподалеку есть ипподром и 8 человек работают там). Есть интернет, проживающие общаются в социальных сетях, разговаривают со своими родственниками по скайпу, многие имеют мобильные телефоны. Сотрудники интерната разработали специальную памятку для выходящих в город. За несколько последних лет 8 чел. получили квартиры, 19 чел. — кандидаты на выписку. Получившие квартиры не теряют связь с интернатом, их регулярно навещают сотрудники, многие из них работают в родном ПНИ.

В ПНИ № 13 (Ступинский район, Соколова пустынь) есть специальное отделение для семейных пар. Кто-то официально зарегистрировал свой брак, кто-то еще думает, но есть возможность проживать вместе, в отдельной комнате с туалетом, ванной и умывальником, самостоятельно обставить ее, создать домашний уют. Есть кухня, где можно готовить. Уборка общих помещений осуществляется самими проживающими по очереди. Разрешается держать домашних животных.

Во многих московских интернатах есть отделения пятидневного пребывания, в некоторых — дневные стационары. Последняя форма социального обеспечения в условиях огромного города, конечно, менее востребована, поскольку ежедневно возить своего больного родственника в интернат мало кто может. Однако, Департамент социальной защиты населения г. Москвы планирует расширять такого рода услуги и даже переводить их на платную основу.

Единственный интернат, в котором мы встретили плохие бытовые условия, — это интернат № 3 под Дмитровом. Однако и там усилиями главного врача Сергея Вячеславовича Бутырского и его заместителя

Олега Хасановича создана доброжелательная обстановка, проживающие понимают ситуацию и не жалуются. Они могут свободно выходить из своих корпусов, гулять по территории красивейшего монастыря, занимаются в кружках (оригами, выжигание, вышивка и т.п.), ездят на экскурсии, устраивают праздники, участвуют в спортивных соревнованиях. Кроме того, в непосредственной близости строятся новые корпуса, которые вступят в строй весной 2014 г., и туда переместятся все обитатели интерната. Уже сейчас они мечтают о своем новом месте жительства и строят планы переезда.

Проверка интернатов проводилась для определения обоснованности и законности помещения граждан в специализированные учреждения социального обеспечения. По мнению членов НПА, участвовавших в проверке, все граждане, проживающие в ПНИ, находятся там по показаниям, в связи с психическим состоянием и социальной ситуацией. Помещение дееспособных граждан производится на основании личного заявления гражданина и путевки Департамента социальной защиты населения города Москвы, недееспособных — на основании Постановления органов опеки и попечительства о помещении недееспособного в стационарное учреждение социального обслуживания и путевки Департамента социальной защиты населения г. Москвы.

Между тем, такой порядок оформления недееспособных граждан в ПНИ противоречит последним изменениям российского законодательства. Так, согласно Определению Конституционного Суда РФ от 19 января 2011 г. № 114-О по жалобе Ибрагимов А. И. помещение недееспособного лица в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения на основании решения органа опеки, принятого по заключению врачебной комиссии, без проверки обоснованности такого решения в надлежащем судебном порядке, недопустимо.

Помещение в ПНИ недееспособного лица должно осуществляться на основе его личного заявления, аналогично помещению дееспособного гражданина, а в тех случаях, когда недееспособный “по своему состоянию не способен подать личное заявление”, на основании ч. 1 ст. 41 Закона о психиатрической помощи и с учетом правовой позиции Конституционного Суда РФ, сформулированной в Определении от 19 января 2011 г. № 114-О-П, — т.е., на основании судебного решения. По мнению руководителя юридической службы НПА Ю. Н. Аргуновой, “такое решение должно выноситься до помещения лица в интернат по заявлению органа опеки и попечительства, к которому должно быть приложено заключение врачебной

комиссии (а не справка КЭК) и мотивированное решение (а не ходатайство о постановке на очередь в ПНИ) органа опеки с обоснованием необходимости пребывания недееспособного лица в условиях специализированного интерната с указанием обстоятельств, свидетельствующих о неспособности лица по своему состоянию выразить свое отношение к помещению в ПНИ”.

В связи с этим, считаем, что Департаменту социальной защиты населения города Москвы **необходимо пересмотреть процедуру помещения недееспособных граждан в психоневрологические учреждения** и привести ее в соответствие с действующим законодательством.

Кроме того, при проведении проверки обнаружено, что у проживающих некоторых интернатов в паспортах на страничке “Место жительства” имеется отметка о регистрации в “ПНИ”, что нарушает права граждан, являясь разглашением сведений конфиденциального характера (врачебной тайны) и способствуя стигматизации. Считаем, что необходимо по аналогии с изъятием слова “психиатрическая” из штампов психиатрических больниц, **изменить формулировку в штампе о регистрации проживающих в ПНИ**. Следует рекомендовать органам МВД заменить штамп регистрации “Психоневрологический интернат” на “**Стационарное учреждение социального обслуживания**”, приведя формулировку в соответствие с ФЗ № 323 “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Считаем также, что при размещении лиц, проживающих в ПНИ надо более дифференцированно подходить к вопросам подбора для них жилых помещений. Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, утвержденным Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 23.11.2009 № 71, для инвалидов с хроническими душевными заболеваниями, с тяжелыми нарушениями умственной деятельности, проживающих в ПНИ, предусмотрены жилые помещения, расположенные по коридорному типу с общим санузелом в конце коридора. Между тем, значительная часть проживающих в ПНИ граждан может проживать и при коридорной системе, в которой санитарные узлы предусмотрены при каждой спальном комнате, а часть — в помещениях квартирного типа. Считаем, что это надо учитывать **при строительстве новых зданий ПНИ**, в которых **необходимо предусмотреть жилые помещения различного типа**.

Л. Н. Виноградова, Н. В. Спиридонова

120-летие больницы им. В. И. Яковенко

Приветствие от Независимой психиатрической ассоциации России главному врачу В. И. Сураеву

Глубокоуважаемый Валерий Иванович!

120-летний юбилей Вашей больницы — неординарное знаменательное событие для всех наших коллег.

История создания и деятельность первых двух десятилетий Мещерской психиатрической больницы, пожалуй, центральный и самый драматичный и поучительный момент в истории организации психиатрической помощи в России.

В декабре 1890 года для устройства Мещерской больницы был приглашен только что вернувшийся из 20-летней эмиграции ученик В. Гринингера, лауреат Мадридской и Парижской академий Павел Иванович Якобий, полностью преобразовавший первоначальный план ее организации. Этот выдающийся “Проект организации попечения душевнобольных Московской губернии” 1891 года вызвал грандиозную историческую дискуссию, до сих пор актуальную и принципиальную по своим решениям: ставить деятельность психиатрической больницы в самую тесную связь с организацией психиатрической помощи на определенной территории.

Идеи децентрализации, гибкого планирования и павильонной планировки небольших больниц, приоритетности лечения свежезаболевших, тесного сотрудничества с участковыми врачами, определения опасности больных врачами, а не полицейскими, и многое другое до сих пор актуальны и востребованы.

Страстность дискуссии, личное столкновение Якобия с Земской управой, которая вскоре пала, заставили его перейти из Москвы в Орел, а возглавить строительство Мещерской больницы, растянувшееся на 8 лет, был приглашен из Смоленска Владимир Иванович Яковенко, организовавший предварительную первую в стране перепись “Душевнобольных Мос-

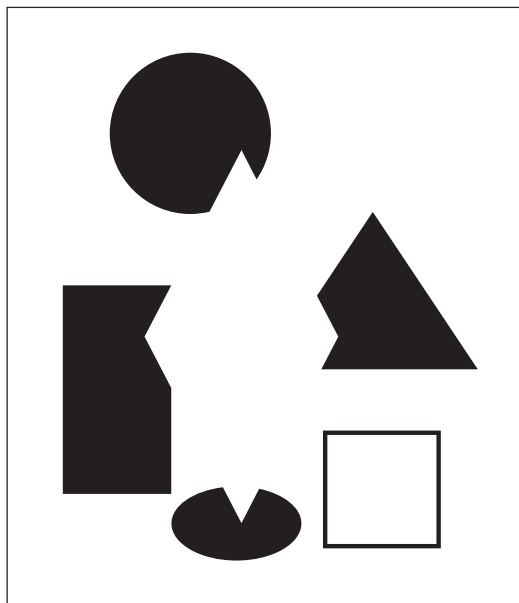
ковской губернии”. Этот научный труд, итог семилетней работы, положил начало точной статистике психической заболеваемости. Благодаря его таланту организатора и передовым идеям его и Якобия, больница приобрела славу “лучшей русской психиатрической больницы”, что было официально отмечено в 1913 году золотой медалью на Всероссийской гигиенической выставке. Это стало итогом вклада обоих, Якобия и Яковенко, хотя первый в 1913 году умер, а второй в 1906 году уволен за политическую деятельность.

Таким было славное начало, продолженное вопреки и всем последующим историческим катаклизмам. И сегодня мы рады приветствовать коллектив больницы и ее главного заслуженного врача Валерия Ивановича Сураева — уроженца этих красивейших подмосковных мест, связанных и со Львом Толстым, и с Борисом Пастернаком, написавшим здесь рядом свой первый стихотворный сборник, — с глубоким удовлетворением, что сама природа и достойные традиции служат им опорой в наше трудное время. А также встрепенувшееся 8 лет назад Правительство Московской области, когда износ зданий достиг 90 %. Естественно поэтому, что больные, побывавшие в последние годы в разных больницах, отмечают, что ваша — лучше московских.

Согласно исторической справедливости следовало бы говорить о больнице Якобия – Яковенко, что было бы не только естественной данью памяти двух основоположников отечественной социальной психиатрии, но и поставило бы саму больницу в исторический центр принципиальных вопросов психиатрической помощи.

От имени НПА России — Ю. С. Савенко

Презентация книги “Введение в психиатрию” Ю. С. Савенко



7 июня в Центральном выставочном зале на Крымском валу, в зале ДНК состоялась презентация книги “Введение в психиатрию” Ю. С. Савенко. Среди присутствовавших были не только психиатры, но также психологи, философы и другие гуманитарии, и даже пациенты.

Презентацию сопровождало изображение на экране оригинального тест-объекта автора, демонстрирующего феномен заполнения пробелов, завершения и реконструкции образов по косвенным признакам, без учета которых все остальные изображения воспринимались бы грубо деформированными. На вопрос “какие фигуры вы здесь видите?”, тревожные больные вместо 6 фигур называют только квадрат, затрудняясь назвать другие из-за их ущербности и не видят ромба.

Эта метафора выражает существо книги, значительная часть которой представляет восполнение пробелов в большинстве руководств по психиатрии в отношении ее проблем и концептуальной основы.

Ю. С. Савенко

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

Критическая психопатология

под ред. проф. А. Г. Гофмана

М.: “Логос”, 2013. — 448 с.

Книга включает 9 разделов: предмет, методы и единицы анализа психиатрии, основные измерения и систематика психических расстройств, диагноз, модели и патогенез психических расстройств, социальная психиатрия и социология психиатрии.

В приложении: “Тревожные психотические синдромы”, “Скрытые депрессии”, “Новая парадигма в психиатрии”.

В работе показано, что основной метод клинической психиатрии — феноменологическое (а не естественно-научное) описание непосредственного общения с психически больным и реконструкция истории его болезни — является самым сложным, так как требует высокого уровня критической рефлексии, интеграции феноменологических и индуктивных единиц анализа и рассмотрения в различных измерениях. Обсуждается современная классификация психических расстройств и ее развитие.

Работа предназначена для широкого круга специалистов, как начинающих психиатров, так и опытных коллег, в силу важных вкладов феноменологического направления, новой научной парадигмы, адекватных философских и математических представлений.

Изложенный подход открывает широкий горизонт для новых исследований.

В Москве книгу можно приобрести в офисе НПА России по адресу: Москва, Лучников пер., 4, подъезд 3, комн. 5-а; в книжных магазинах “Фаланстер” и “Циолковский” и киоске “Экспресс-Хроника” у выхода из М. “Чеховская”. Стоимость книги 400 руб., с пересылкой 520 руб. Заказать книгу можно по адресу: info@npar.ru или по тел. (495) 625-0620.

Дитрих Бонхёффер

Дитрих Бонхёффер (1906 – 1945) — выдающийся протестантский богослов, автор знаменитой “Этики”, один из лидеров антинацистского сопротивления, расстрелянный за участие в заговоре против Гитлера за месяц до конца войны, вернувшийся наряду с Генрихом Бёллем и Карлом Ясперсом доверие к немцам. Сын знаменитого психиатра Карла Бонхёффера (1868 – 1948), возглавлявшего кафедры психиатрии в Кёнигсберге, Гейдельберге, Бреслау и Берлине, вся многочисленная семья которого была антифашистской.

Автор монументальной 660-страничной монографии “Дитрих Бонхёффер. Праведник мира против Третьего рейха” (М., 2012) Эрик Метаксас завершает книгу кратким пересказом всех глав “для группового чтения”, сопровождая их риторическими вопросами, среди множества которых есть и такой: “Бонхёффер был еще молод, когда выступил за то, чтобы “Церковь жила в соответствии с прокламируемой ей верой, т.е. публично выступала против Гитлера и предпринимала акции против нацизма”. И ныне многие христиане убеждены в том, что Церковь призвана выступать против властей, если поведение правительства сомнительно, и в целом участвовать в политической жизни. Другие, напротив, не видят место Церкви в политике и формировании общественных движений. По мнению этих христиан надо просто молиться за правителей и “страдать в молчании”. С чьим мнением Вы согласитесь? Почему?”.

Ниже приводится стихотворение, написанное Д. Бонхёффером в тюрьме.

КТО Я?

Кто я такой? Мне часто говорят,
Что я выхожу из камеры,
Спокойный, веселый, довольный,
Словно хозяин поместья.
Кто я такой? Мне часто говорят,
Что я говорю со стражами
Свободно, приветливо, ясно,
Словно я властен над ними.
Кто я такой? Еще мне говорят,
Что я переносу несчастье
Легко, с улыбкой, гордо,
Как тот, кто привык побеждать.

В самом ли деле я то, что обо мне говорят?
Или я только то, что знаю сам о себе?
Неспокойный, тоскующий, больной, как птица в клетке,
Задышающийся, словно мне тут стиснули глотку,
Страстно рвущийся к краскам, к цветам, к пению птиц,
Истосковавшийся по доброму слову, по человеческому теплу,
Дрожащий от гнева при малейшем оскорблении,
Измученный ожиданием чего-то существенного,
В безнадежной тревоге о друзьях где-то вдали,
Слишком усталый, чтобы молиться, думать, действовать,
Опустевший, готовый со всем распротиститься?

Кто я? Тот или другой?
Или сегодня один, завтра иной?
Или оба сразу? Лицемер перед людьми,
Перед самим собой жалкий слабак?
Или все равно, что там во мне, в разбитом войске,
Которое отступает в беспорядке перед близкой победой.
Кто я? Не знаю я, кто я такой.
Ты знаешь, Господи, ибо я — Твой.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ясперс Карл. Разум и экзистенция. — М., 2013 (включает три цикла лекций: “Разум и экзистенция”, 1935; “Философия экзистенции”, 1938; “Разум и противоразум”, 1950. Последняя работа особенно важна для психиатров).

Дильтей Вильгельм. Воззрение на мир и исследование человека со времен Возрождения и Реформации. — М. — СПб., 2013

Хампе Михаэль. Тунгуска или конец природы. — М., 2013 (разбор “предельных проблем” философии науки)

Викторов А. Философский словарь нулевого поколения. Социологическая рефлексия. — М., 2013

Поль Рикёр в Москве — М., 2013

Евлампиев И. И. Философия человека в творчестве Ф. Достоевского. — СПб., 2012

Вирно Паоло. Грамматика множества. К анализу форм современной жизни. — М., 2013

Свасьян Карен. ...но еще ночь. — М., 2013

* * *

Бонхофферр Дитрих. Этика. — М., 2013

Метаксас Эрик. Дитрих Бонхофферр. Праведник мира против Третьего Рейха. — М., 2012

Вейль Симона. Формы неявной любви к Богу. — СПб., 2012

Мэй Ролло. Пауль Тиллих. Воспоминания о дружбе. — М., 2013

* * *

Зимбардо Филип. Эффект Люцифера. Почему хорошие люди превращаются в злодеев. — М., 2013

Управление страхом // Отечественные записки, т. 2 (53), 2013

Александр Джеффри. Смыслы социальной жизни: культуросоциология. — М., 2013

Пинкер Стивен. Субстанция мышления. Язык как окно в человеческую природу. — М., 2013

Мельчук И. А. Язык: от смысла к тексту. — М., 2012

* * *

Альбрехт Владимир. Как быть свидетелем. Как вести себя при обыске. — СПб., 2013

* * *

Гомбрих Э. История искусства. — М., 2013

Еврешнов Н. Н. Откровение искусства. — СПб., 2012

Барсова Л. Врубель. No comments. — СПб., 2012 (по типу вересаевских Пушкин и Гоголь в жизни)

* * *

Хомуталь Бар-Иозеф. Хаим Нахман Бялик. — Иерусалим — Москва, 2013

Беньямин Вальтер. Франц Кафка. — М., 2013

Михайлов А. Д. Поэтика Пруста. — М., 2012

Николаева Т. М. О чем на самом деле написал Марсель Пруст. — М., 2012

Быков Дм. Литература советская. Краткий курс. — М., 2013

* * *

“Претерпевший до конца спасен будет”. Женские исповедальные тексты о революции и гражданской войне в России — СПб., 2013

Вильчур Яцек. На небо сразу не попасть. Львов, 1941 – 1943. — М., 2012

* * *

Кубин Альфред. Другая сторона. Фантастический роман. — М. — Ектб., 2013

Хлебников Велимир. Труба Марсиан. — СПб., 2013

ABSTRACTS

To the question of comorbidity neuroleptic malignant syndrome and neuroleptic cardiomyopathy

V. P. Volkov (Tver)

It is established that at patients without cardiac pathology the neuroleptic malignant syndrome (NMS) proceeds more often hard, but mortality makes 69,2 % while at the patients having a neuroleptic cardiomyopathy (NCMP), NMS currents easier, but the lethal outcome comes in 100 %. Thus in 64,5 % the death is connected with the cardiac reasons. Evidence of change of adaptation potential of an organism is obtained at schizophrenia and influences on it by the NCMP, in particular at NMS development.

Keywords: neuroleptic malignant syndrome; neuroleptic cardiomyopathy; comorbidity; adaptation potential of an organism.

The role of psychotherapy in complex treatment of women with alcohol abuse and affective disorders

I. V. Shlemina

Affective symptoms are common for patients with alcohol abuse. The importance of an integrated approach and the effectiveness of a combination of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of comorbid pathology are generally admitted. Psychotherapy is also an important component of a comprehensive treatment of women suffering from affective disorders with alcoholism. It was shown that the use of integrated methods of psychotherapy composed of complex therapeutic activities, including antidepressant therapy and methods of specific alcohol treatment, improve the quality and duration of remission.

Keywords: alcohol abuse, affective disorders, psychotherapy

“To turn to immediate execution...” (About dates of performance of court decision about refusal in involuntary hospitalization)

Yu. N. Argunova

In the article it is claimed that the judgment on refusal in satisfaction of the statement of mental health facility about involuntary hospitalization of the person is subject to immediate execution to its introduction in validity. The question of initiation of procedure of the address to the direct performance of judgment is considered. The judicial statistics and practice of decision-making on refusal in involuntary hospitalization is given. Suggestions for improvement of legislation are formulated.

Keywords: involuntary hospitalization; immediate execution of the decision

To the question of use of psychotechnics or about notorious “consciousness control” in religious new formations

E. G. Romanova (St. Petersburg)

Questions about researches which have been carried out in the area of mental health of people who belong to new religious associations are considered; variants of reasons of such religious choice of youth are offered, passing the idiom about “consciousness control” or “zombiing”; the problem about disturbing tendencies of the last decade — aspiration to transfer discussion of this subject to the medical (psychiatric) plane, at the corresponding legislative and standard providing is formulated.

Keywords: new nonconventional or “informal” religious associations, neophytes, youth, manipulations with consciousness, psychotechnics, deprogramming, psychiatric examination.

ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ

на **Независимый психиатрический журнал!**

Подписку можно оформить в любом отделении связи
по каталогу Агентства «Роспечать»

Индекс — 73291