

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

EDITORIAL BOARD

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

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 20.09.2013. Подписано в печать 30.09.2013. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2013-03-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157
тел./факс: (499) 258-0828, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 157
тел./факс: (499) 258-0828.

СОДЕРЖАНИЕ

80-летие ГОЛОДОМОРА	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Почем сегодня гуманизм? — И. М. Беккер (Набережные Челны)	8
Дело Брейвика и что психиатры могут почерпнуть из него? — Ингрид Мелле (Осло, Норвегия)	9
Дело Брейвика и “ <i>conditio psychiatrica</i> ” — Джозеф Парнас (Копенгаген, Дания)	16
О понимании доказательной медицины в клинической психиатрии (тезисы к обсуждению на XIV съезде НПА России) — Ю. С. Савенко	18
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Одно или два заболевания? — ведущий проф. Б. Н. Пивень, врач-докладчик Н. А. Киселева	25
Поучительные уроки клинического разбора для психологов — Н. А. Шатайло (Днепропетровск, Украина)	40
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Артур Кронфельд. Сущность психиатрического познания (<i>содержание книги</i>)	43
Ипполит Давыдовский. О методологических основах планирования медицинской науки	46
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Дело Ракевич живет и побеждает? (Право пациента на обжалование недобровольной госпитализации в психиатрический стационар)— Ю. Н. Аргунова	50
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Дело “русского Брейвика”	57
ИЗ ПРАКТИКИ	
Эффективность применения методов психолого-педагогической коррекции эмоциональных нарушений у детей с проблемами в развитии в амбулаторной практике — А. И. Кислова (Набережные Челны)	67
Психоэмоциональные особенности больных с хроническими анальными трещинами — Е. А. Рогожкина, В. Г. Заика, В. С. Грошилин (Ростов-на-Дону)	72
ОБЗОРЫ	
Клиническая спортивная психиатрия — новое направление научных исследований — П. А. Понизовский	77
ОТКЛИКИ И РЕЦЕНЗИИ	
История отечественной психиатрии в монументально-официозном исполнении	79
Критика критики (отзыв на монографию Ю. С. Савенко) и ответ автора	82
ХРОНИКА	
Атака на независимость Российской Академии наук в советском стиле	90
Интеграция российской психиатрии в Германии	92
Морита-терапия в России	93
И снова “Гражданская комиссия по правам человека”	93
Контраст психоневрологических интернатов Москвы и Московской области	95
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Николай Клюев. Стихи	97
РЕКОМЕНДАЦИИ	99
АННОТАЦИИ	100

CONTENT

80 ANNIVERSARY OF THE HOLODOMOR	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
How much is humanity today? — I. M. Bekker (Naberezhnye Chelny)	8
The Breivic case and what psychiatrists can learn from it” — Ingrid Melle (Oslo, Norway).	9
The Breivik case and “conditio psychiatrica” — Josef Parnas (Copenhagen, Denmark).	16
On understanding of evidential medicine in clinical psychiatry (theses to discussion at the XIV congress of IPA of Russia) — Yu. S. Savenko	18
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
One or two diseases? — Prof. B. N. Piven, N. A. Kiseleva	25
Instructive lessons of clinical analysis for psychologists — N. A. Shatailo (Dnepropetrovsk, Ukraine).	40
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Artur Kronfeld. Essence of psychiatric knowledge (<i>contents of book</i>)	43
Hippolyte Davydovsky. About methodological grounds of planning of medical science	46
PSYCHIATRY AND LAW	
Is Rakevitch case alive and wins? (Right of patient to appeal against involuntary hospitalization in mental hospital) — Yu. N. Argunova.	50
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Russian Breivic’s case	57
FROM PRACTICE	
Efficiency of application of psychological and pedagogical methods of correction of emotional violations at children with problems in development in out-patient practice — A. I. Kislova (Naberezhnye Chelny)	67
Psychoemotional features of patients with chronic anal cracks — E. A. Rogozhkina, V. G. Zaika, V. S. Groshilin (Rostov-on-Don)	72
REVIEWS	
Clinical sports psychiatry — the new direction of scientific researches — P. A. Ponizovsky	77
REACTIONS AND COMMENTS	
History of domestic psychiatry in monumental and official execution	79
Criticism of criticism (a response on Yu. S. Savenko’s monograph) and the answer of the author.	82
THE CHRONICLE	
Attack to independence of the Russian Academy of Sciences in the Soviet style.	90
Integration of the Russian psychiatry in Germany.	92
Morita-therapy in Russia.	93
And again “Civil Commission on Human Rights”	93
Contrast of psychoneurological boarding schools of Moscow and Moscow region	95
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Nikolay Klyuyev. Poems	97
RECOMMENDATIONS	99
ABSTRACTS	100

80-ЛЕТИЕ ГОЛОДОМОРА



Что знало о Голодоморе старшее поколение в советскую эпоху? Что знает о нем нынешняя молодежь? Что будет написано о нем в новом едином школьном учебнике истории? Ответы на эти и подобные им вопросы нетрудно с высокой достоверностью воспроизвести каждому.

Ничего не знали. Не знают. Да и не было такого. Это русофобия. Информационная диверсия.

Между тем, сохранились подробные документированные свидетельства таких людей как тогдашний председатель Международного Красного Креста Фрицьоф Нансен и глава международной благотворительной организации АРА проф. Н. Н. Фишер.

В ленинский Голодомор 1921 – 1922 гг. вымерло 3,1 – 5,1 млн. человек.

В сталинский Голодомор 1932 – 1933 гг. вымерло 6,5 – 9,7 млн. человек.

Когда говорят, “это засуха”, передергивают факты: с лета 1920 г. по распоряжению Ленина проводились насильственные изъятия у крестьян пищевых продуктов, зерна, необходимого для собственного пропитания и посевов, и массовый угон скота. И “уже в январе 1921 г., т.е. задолго до засухи, многим крестьянам было нечем кормиться”.

Когда возражают украинским историкам относительно прицела на Украину, “ничего подобного, в Поволжье тоже был голод”, утаивают, что вся помощь голодающим шла в Поволжье, а на Украину посылать ее было запрещено. Проф. Н. Н. Фишер писал: “Ни правительство СССР, ни правительство УССР не помогали голодным в Украине. Даже хуже. С лета 1921 г. до весны 1922 г. — когда в Украине погибали от голода сотни тысяч людей — правительства из Украины вывозили сотни тысяч тонн зерна. Мы удивлялись и не могли понять причины, почему длинные поезда, груженные зерном в Полтаве, Киеве ехали в далекое Поволжье тогда, когда в недалекой Южной Украине погибали от голода десятки тысяч ежедневно. Правительство писало в своем отчете что “... даже голодные губернии Херсонская, Таврическая, Одесская высылали пшеницу в Поволжье”. ... Голод на Украине был тысячекратно больше, ужасней, чем на Волге. И правительство СССР знало это лучше нашей АРА, оно требовало от нас сосредоточить всю помощь лишь на Поволжье и хотя неофициально, однако фактически запрещало нам спасать голодных украинцев”. Таков был сознательно спланированный изуверский способ советской власти замирить мятежную Украину.

Конечно, это не геноцид, сопоставимый с Холокостом и уничтожением цыган, а социоцид. Поволжье, в отличие от Украины, не бунтовало, а тысячными толпами окружало советские учреждения и молча сутками ждало чуда кормежки, тут же ежедневно десятками умирая от истощения. Но перевод спора на эту волну смазывает главное — чудовищность преступления не изменяется.

Летом 1922 г. голодало не менее 30 млн. человек. А самодеятельный комитет помощи голодающим был арестован. Ленин надсмехался над усилиями АРА, которая в течение двух лет ежедневно кормила и обеспечивала до 10,5 миллионов человек (2/5 из них дети), потратив более 70 млн. долларов. Помощь была прекращена, когда стало известно, что советское правительство предлагает зерно на экспорт.

Сталинский Голодомор 1933 г. был также продуманным планом подавить сопротивление большевистской политике со стороны крестьян-единолични-

ков, как “независимых производителей продуктов питания” и за счет продажи реквизируемого зерна за границу осуществить индустриализацию страны. Процесс раскулачивания и насильственной коллективизации начался с января 1930 г. 2,1 млн. человек было депортировано в Сибирь и столько же выслано, из них 1,8 млн. погибло.

Голод на Украине достиг невиданных масштабов. Вся эта территория была переведена на блокадное положение и окружена войсками НКВД, уничтожавшими каждого, пытавшегося выбраться из обреченного края. Это тогда расстреливали за собранные колоски с уже убранного поля и брошенную гниющую картошку. На все это открывала глаза повесть Василия Гроссмана “Все течет”. И большевики, и простой народ тогда понимали, что голод — способ сломить крестьянство. ВЧК превентивно уничтожало наиболее честных, умных, активных, авторитетных людей, могущих стать лидерами сопротивления. Голодающие, съев всех кошек и собак, стали есть умерших людей, приходилось охранять кладбища. Массовый характер приняло людоедство. “Прятавших зерно крестьян подвергали жестоким пыткам, а партийцев, отказывавшихся участвовать в насилии, немедленно исключали из партии”. Многие крестьянские семьи кончали коллективным самоубийством (“История России. XX век. 1894 – 1939. Под ред. А. Б. Зубова. Астрель, Москва, 2009).

Если Ленин и Сун Ят Сен открыто говорили о голоде как политическом инструменте, то в последующем тактика изменилась, и на фальсификации, имитации, обман, дезинформацию средств не экономили. Например, результаты всесоюзной переписи населения 1937 года были уничтожены, а исполнители репрессированы. Сведения о голодоморе более полувека замалчивались, хотя он погубил больше украинцев, чем погибло во Вторую мировую войну, а сейчас стали предметом постыдного оспаривания спланированности этого чудовищного преступления советской власти.

Причиной голода 1946 – 1947 гг., когда вымерло 2 миллиона человек, (а погибло бы намного больше, если бы не благотворительная западная помощь на 250 млн. долларов), был сталинский приоритет программы вооружений и престиж страны, в связи с чем он отказывался (как и в 30-е годы) от значительной части помощи, несмотря на массовую гибель людей.

Изложенная фактология, всегда заново ошеломляющая, проясняет, в стране каких традиций мы живем и каких исторических уроков не усвоили.

Для клинических психологов и психиатров видна опасность размножившейся популяции доморощенных геополитиков и некоего геополитического имперского способа мышления, легко играющих жизнью и судьбой целых народов. То, что было особенностью и “привилегией” безумцев, — всевозможные мегаломанические планы переустройства

мира и человечества — превратилось в нечто, чуть ли не расхожее. Сравнительно-исторический подход обнаруживает значительное усложнение диагностических критериев: многие признаки, на которые раньше можно было опираться как диагностически значимые, — особенности высказываний, лексики, стиля поведения, развлечений, музыки, танцев, изобразительного творчества, чтения, внешнего облика (прически, татуировки, украшения, одежда и т.п.), порожденные нашими больными, нередко делаются предметом подражания, модой и тиражируются, хотя тропизм к ним сохраняет определенную значимость.

То, что в былые времена рассматривалось как неприкосновенные табу, как прерогатива Бога, — коренные традиции в отношении рождения и смерти, отношения к семье, детям, беременным, старикам, инвалидам и психически больным, раненым и военнопленным, постепенно утрачивало свое непререкаемое значение и — так же как верховенство Права — поддерживается, скорее, формально, в основном ритуально. В основе этого предрекаемое Достоевским неизбежное следствие присвоения государством себе высшей ценности, беспредельной свободы действий, когда ему все дозволено. А это тоталитарные режимы, что и представляет собой Апокалипсис нашего времени.

Грация этого процесса в одном индивидуальном человеке — мера цинизма, нигилизма, морального слабоумия либо сверхценной охваченности — клинически значимы, если не включены в выполнение “служебного” или “партийного долга”, “военной присяги” или принадлежности к мафии. В индивидуальных случаях нередко присутствует дух мессианства, личной призванности, т.е. патологической сверхценной охваченности или бредовой системы, либо болезненной или патохарактерологической абулии, используемой манипуляторами. В массовых случаях ответственности лежит на идеологах и руководителях такого преступного государства, а это не предмет психиатрии.

Так террор государства перекликается с терроризмом смертников, хотя тот и другой требуют всякий раз конкретного анализа.

Мы помещаем в этом выпуске две работы, посвященные потрясшему всех делу Брейвика и наш анализ экспертизы Центра им. Сербского по делу “русского Брейвика”, из которых хорошо видно не только их значительное сходство и решающая роль в решениях судов прессинга общественного негодования, но и профессиональное измельчение.

Итак, самые чудовищные преступления в истории совершались психически здоровыми политиками. **Террор власти явно первичен по отношению к той решительной метаморфозе, которую претерпел за последние полтора десятилетия терроризм.** Вначале это “до и после Сергея Нечаева” с его “все дозволено”, в ответ на провокаторские изыски царской охраны, пророчески продленное Достоевским. В наше время

это кажущиеся нелепыми массовые убийства террористами гражданского населения. Эта обескураживающе преодолимая “сила слабых”, — демонстративно-громкая форма протеста, жест отчаяния, “асимметричный ответ” на вторжение чуждой культуры цепной реакцией идет по арабским странам. Но и попытки в полицейских околотках ведут к такого рода формам протеста.

Различные аспекты понятия “нелепости”, аморализм вождей и жестокость исполнителей, патологическое стремление к власти любой ценой связывают тему голодомора с психиатрией, вернее, отнимают их от нее. Когда власть устраивает “асимметричный ответ” вроде “закона подлецов”, когда власть жертвует детьми Беслана, она обставляет всех террористов, которые явно представить себе не могли, что это возможно.

Нетрудно показать негодным методом по-одиночной критики, что нелепость нередко оказывается высоко рациональной, жестокость — полезной, аморализм — относительным, а власть прячется за любой маской. Но плотная связка всего этого — признак па-

тологического сверхценного характера стремления к власти, ее отказываются отдавать легитимным образом. Психиатрия превращается в несвойственное ее собственной природе оружие, а психиатры могут разделить судьбу Бехтерева.

Механизмы формирования чудовищного Левиафана тоталитарной власти в советской России, нацистской Германии, маоистском Китае, полпотовской Камбодже, ответственной за неслыханные в прежней истории человеческие жертвы, хорошо изучены, но не стали достоянием широкой гласности, не вошли в школьные учебники, не привели к формированию в нашей стране предупредительных мер повторения этого кошмара. В Германии, Израиле, Франции за отрицание Холокоста судят, а у нас аналогичным настоящим кощунством являются нынешние попытки просталински переписать историю, как недавние на примере Катыни, и продолжающиеся в отношении Голодомора собственного народа, памяти жертв которого в нашей стране нет ни одного мемориала, в отличие от Украины, где их десятки.

Ю. С. Савенко

Вышла книга *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 изменения 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. (при заказе нескольких экземпляров стоимость пересылки сокращается). Заказать книгу можно по адресу: info@npar.ru или по тел. (495) 625-0620.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

От редактора. Письмо И. М. Беккера в редакцию журнала настолько соответствовало всем нашим и наших коллег по НПА оценкам происходящего, что мы сочли возможным открыть им этот выпуск журнала.

Почем сегодня гуманизм?

Без малого тридцать лет руковожу городским диспансером, с 2007 г. филиалом одной из крупнейших больниц страны. Пережил со своими врачами и персоналом закат социализма, перестройку, лихие 90-е, постперестроечные нулевые. Никогда раньше не было так горестно на душе, как сегодня, когда, казалось бы, страна идет к устойчивому росту.

Коллеги, что мы оставляем нашим детям и внукам, выбирающим трудную стезю врача-психиатра? Сокращенные на сотни и тысячи коек больницы, с выброшенными в самостоятельную жизнь душевнобольными, коим некуда приткнуться в этом волчьем, встающем на широкие лапы капитализме? Бесконечные новации министров-экономистов, выполняющих заказ верховной власти на экономию всего и вся? Живем не в Греции, где на несколько сокращенных крупных больниц, организовали более 250 межрайонных психиатрических отделений. В России живем, где сокращение “дважды два — пишем”, а расширение “на ум пошло”! Откликнитесь господа, у которых одновременно с сокращением коечного фонда, увеличили пропорционально амбулаторную сеть? Ау-ау, где Вы есть? Приедем, посмотрим!

В 2007 г. в Министерстве нам говорили, что централизуя службу, улучшаем управление. Не сомневаемся. Управлять легче. Весь вопрос в том, а чем управлять? С 1924 г., с первых диспансеров приближали психиатрию к населению. Помните интернатуру начала семидесятых годов? Что говорили нам профессора и организаторы службы? В народ, в “глушь, в Саратов”, в село и районные центры, расширим сеть кабинетов, чтобы до каждого сельского жителя дошел врач! Как только руководство перешло в столицы областей и республик, стремительно началось сокращение кабинетов. А трудно ли это было спрогнозировать? Не говорили ли старые психиатры, что рассу-

плется служба, что невозможно устраивать кабинет в ЦРБ, управляя из областного центра? Посокращали ФАПы на селе, а сейчас строим модули, в которых некому работать! Позакрывали межрайонные отделения в ЦРБ, а сейчас командидуем врачей из центров в районные и сельские военкоматы. Слышали такой лозунг дня: “Приоритезация, с целью оптимизации, во имя минимизации!” И эта абракадабра выдается за последнюю новацию и руководство к действию. В 1998 г. прошла грандиозная оптимизация, только наш маленький диспансер потерял тогда 66 должностей (20 %), а еще через семь лет оптимизировали 27 физических лиц. А кто должен смотреть за больными, наблюдать за потенциальными самоубийцами, “руками удерживать больных в возбуждении”, как написано в инструкциях? Дед Пихто? Трудно было предположить, что увеличится количество общественно-опасных действий?

К сожалению, не услышали мы тогда возмущенного голоса психиатрической общественности. А мы кто есть? Профессионалы или любители? Не к забастовке призываю. “В начале было слово”, — учит главная книга человечества. Но впереди слова всегда появляется мысль. Наша профессия — растянутое на всю жизнь размышление. Так давайте же сначала думать, потом произносить слова, а только напоследок делать. Гуманизм всегда стоил дорого. Экономия — однозначно антигуманна! Что выбираем? Гуманное бережное отношение к больным или дешевизну “запертых дверей”? Меньше их, умалишенных, невротизированных, тоскливых крутится перед глазами — меньше проблем. Дешевле жизнь! Так ли?

*И. М. Беккер, главный врач ПНД
в Набережных Челнах,
филиала РКПБ им. В. М. Бехтерева*

Дело Брейвика и что психиатры могут почерпнуть из него¹

Ингрид Мелле²

22 июля 2011 г., после полудня, норвежец Андерс Беринг Брейвик, в двух отдельных эпизодах, убил 77 человек, многие из которых были детьми и молодыми людьми. 24 августа 2012 г. он был приговорен к 21 году тюремного заключения. Брейвику были проведены две судебно-психиатрические экспертизы: по заключению первой, у него было психотическое расстройство, таким образом, юридически он не был ответствен, тогда как по заключению второй, у него имелось расстройство личности, и в правовом смысле он был ответствен. Данная статья сначала описывает основные сведения, относящиеся к Брейвику и его преступлению. Далее следует обзор двух судебно-психиатрических экспертиз, использованных в них методов, их содержания, расхождений в оценках и того, как эти вопросы отразились на судебном решении. Наконец, статья фокусируется на некоторых уроках, которые психиатры могут извлечь из этого дела.

Ключевые слова: дело Брейвика, судебная психиатрия, психиатрический диагноз, психиатрия и средства массовой информации

22 июля 2011 г. в Осло был тихий, серый, пасмурный день. В пятницу, как это обычно бывает в середине норвежского летнего каникулярного сезона, офисы закрылись рано и местные жители оставили город туристам. В 15.25 в правительственном квартале в центре города, Андерс Беринг Брейвик взорвал автомобиль с 950-килограммовой, изготовленной на основе удобрения, бомбой, убив 8 и тяжело ранив 9 человек. Лишь около 200 человек из общего количества 1900 сотрудников были на работе в это позднее послеполуденное время, и поначалу все испытали кратковременное облегчение, что потери оказались не столь велики, как первоначально со страхом предполагали. Однако два часа спустя посыпались сообщения об оружейной стрельбе в летнем лагере молодежной организации норвежской рабочей партии. Брейвик приехал прямо с места подрыва бомбы к маленькому острову Утэйя и проник на ходящий до острова паром, выдав себя за сотрудника полиции. Почти тотчас он открыл стрельбу по людям, оказавшимся на острове в западне (600 человек), и убил 69, из которых 59 были 1990 г. рождения или моложе. Используя оружие повышенной летальности, он причинил множество тяжелых и обезображивающих ранений. Выжившие сообщают, что он возвращался к своим жертвам, повторно стрелял в них и неоднократно призывал прятавшихся откликнуться, говоря, что он -полицейский. Оставшиеся в живых также сообщают, что в процессе стрельбы он временами смеялся и кричал.

Через 50 минут Брейвик позвонил в полицию, говоря: “Да, здравствуйте, я — командир Андерс Беринг Брейвик из норвежского антикоммунистическо-

го движения сопротивления. Я сейчас на Утэйе. Я хочу сдаться”. Услышав стандартные дополнительные вопросы о том, откуда он звонит, он прервал разговор и вновь начал стрелять. Через 20 минут, подняв руки над головой, он сдался вооруженному полицейскому подразделению. При первом его допросе на Утэйе Брейвик опять представился командиром норвежских рыцарей-тамплиеров — организации, в норвежском отделении которой, он, по его словам, занимал руководящее положение, и в которую в Европе в 2008 г. входили 15 – 80 “рыцарей”. Далее он сообщил полиции, что его действия в тот день были “частью плана В” и “несчастье случившегося состояло в том, что люди на острове принадлежали к категории С — предателей”. С точки зрения организации, существовали категории предателей А, В и С. Он имел “право убивать предателей категорий А и В, но не имел полномочий убивать предателей категории С”.

Сведения о Брейвике

Брейвик родился в Осло в 1979 г. Оба родителя имели детей от предыдущих партнеров. Они вступили в брак незадолго до его рождения и уехали за границу, где отец его был на норвежской дипломатической службе. Родители развелись в 1980 г., и он рос с матерью и своей единоутробной сестрой в Осло, имея ограниченные контакты с отцом, только в праздники и выходные. Его мать дважды обращалась за помощью в службу по охране здоровья детей, т.к. считала его трудным ребенком, и в 1983 г. Брейвик был обследован сотрудниками детской психиатрической службы. Ситуация, связанная с его воспитанием, была оценена как резко неадекватная, представляющая опасность формирования у него более тяжелых психопатологических нарушений, и была дана рекомендация воспитывать его вне родной семьи, однако служба охраны здоровья детей воспротивилась и по-

¹ Оригинал (Ingrid Melle. The Breivic case and what psychiatrists can learn from it”) опубликован: World Psychiatry 2013;12, 1:16–21.

² Центр по исследованию психозов, институт клинической медицины, университет г. Осло и госпиталь университета г. Осло, Норвегия.

сле короткого периода наблюдения за домашней ситуацией, закрыла дело в 1984 г.

Брейвик учился в школах в своем зажиточном районе, где он был частью группы, члены которой позже описывали его как до некоторой степени застенчивого, однако, общительного и преданного. В подростковом возрасте он был озабочен своей внешностью, активно занимался спортом, употреблял анаболические стероиды, а в возрасте двадцати с небольшим лет подвергся косметической хирургической операции по изменению формы носа. Хотя он был достаточно развит в интеллектуальном отношении, незадолго до выпускных экзаменов он бросил учебу в средней школе. Он создал несколько компаний, включая занимающуюся продажей фальшивых дипломов через Интернет. В этот период времени Брейвик подавал себя в качестве успешного бизнесмена, заявляя, что заработал миллионы; по оценкам полиции он получил 4,5 миллиона норвежских крон (около 600.000 евро) от продажи фальшивых дипломов и торгов на фондовой бирже.

В 2006 г. он был объявлен банкротом и переехал к матери. Его друзья сообщают, что с этого времени поведение его изменилось. Он стал нелюдом, большую часть времени проводил, играя в онлайн-игру World of Warcraft и прекратил контакты со своими друзьями, выражавшими беспокойство, не страдает ли он патологическим пристрастием к игре. В 2009 г. он организовал сельскохозяйственную компанию и весной 2011 г. арендовал ферму в сельской местности за пределами Осло, что позволило ему купить, не навлекая на себя подозрений, большое количество удобрений. Данные сведения отличаются от описываемых Брейвиком в его так называемом Манифесте, который он разместил онлайн 22 июля 2011 г. Практически все эксперты согласны, что большая часть этого 1500-страничного документа сформирована с помощью компьютерной верстки из других источников: в какой-то степени это публикации экстремистских групп и блогеров правых взглядов, но также Карла Маркса, Тони Блэйра, Усамы бен Ладена и Джорджа В. Буша. В дополнение к схематическому изложению своих экстремистских взглядов на мультикультурные общества, ислам и марксизм Брейвик представил там отредактированную им версию своего собственного формирования. Однако сведения из других источников дают обоснованные основания сомневаться в соответствии ее реальности. Имеются также значительные сомнения в отношении существования тамплиеров — организации, которая, по упорным утверждениям Брейвика, была инициатором его атак. Другие группы правого крыла политического спектра, которые якобы могли иметь отношение к этой организации, отрицали наличие у них каких-либо знаний о тамплиерах, и расследование полицией Норвегии и других стран не нашло никаких указаний на то, что такая организация вообще существует.

Психиатрические обследования Брейвика

В действующем Норвежском уголовном кодексе максимальный срок тюремного заключения — 21 год, без увеличения длительности наказания за многочисленность жертв. В случае совершения особо тяжких действий преступник может быть, исходя из соображений безопасности, приговорен к дополнительному лишению свободы. В отношении правонарушителей, признанных невменяемыми, суд выносит решение о принудительном лечении. Суд обязан оценить, является ли обвиняемый ответственным в юридическом смысле [1], и обычно назначаются два судебно-психиатрических эксперта для проведения психиатрического обследования. Норвежский отдел судебной медицины, входящий в Норвежский департамент по гражданским делам, оценивает степень соответствия экспертного заключения установленным формальным требованиям. Заключение представляется в суд, который решает, следовать ли рекомендациям экспертов. В соответствии с уголовно-процессуальным кодексом, экспертное заключение до представления его в суд является конфиденциальным документом и пренебрежение конфиденциальностью наказуемо. Основываясь на правовой традиции восходящих к первому Норвежскому единому национальному своду законов, появившемуся в 1274 г., кодекс отражает точку зрения, что правонарушители с тяжелыми психическими расстройствами являются по закону неотвечественными за свои действия и не должны подвергаться наказанию. Современное определение невменяемости, принятое в 1929 г. и последний раз пересмотренное в 2002 г., гласит, что лицо является невменяемым, если в период совершения правонарушения находилось в психотическом или бессознательном состоянии, или у него обнаруживалась тяжелая умственная отсталость. “Психотическое состояние” в данном случае просто определено как “состояние, которое соответствует критериям современных диагностических руководств”. Поэтому норвежское право не следует используемому многими другими странами более узкому правилу M’Naghten. Это правило признает неспособность нести ответственность перед законом лишь в случаях, когда лицо “по причине болезни рассудка не понимало характер и качество действия, которое оно совершало, или, если понимало, то не знало, что то, что оно делало, было противозаконным” [2].

Первые два назначенных судом психиатра имели с Брейвиком 13 интервью, занявших в общей сложности 36 часов, а также прослушали или просмотрели все полицейские допросы и беседовали с матерью Брейвика. Психиатры сочетали неструктурированные беседы со структурированными диагностическими интервью, включая Краткое интернациональное нейропсихиатрическое интервью (Mini-International

Neuropsychiatric Interview), Структурированное клиническое интервью для расстройств, кодируемых по оси I DSM-IV (the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)) и Шкалу позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS)). Первое обследование было проведено 10 августа, в то время, когда Брейвик еще находился в полной изоляции. Первоначально психиатров попросили из соображений безопасности беседовать с ним через стеклянную перегородку, но они отказались. Были рекомендованы отдельные обследования, однако из-за трудности обеспечения безопасности в беседах с Брейвиком лицом к лицу, на обследовании присутствовали оба психиатра.

29 ноября 2011 г. психиатры сообщили суду, что Брейвик в период планирования и совершения своих действий, а также в период обследования находился в психотическом состоянии. Как было объяснено позже, во время суда, данное заключение базировалось на ключевых элементах содержания системы умозаключений Брейвика. Он говорил психиатрам в беседах, что имел “старшинство, как идеологический лидер организации тамплиеров, которой поручено быть и военным орденом, и организацией мучеников, и военным трибуналом, и судьей, и присяжными, и палачом”. Он полагал себя начинателем европейской гражданской войны и сравнивал свою собственную ситуацию с той, в которой находились российский царь Николай и королева Испании Изабелла. Он верил в вероятность (хотя и с разными степенями уверенности в разное время) того, что в результате государственного переворота он мог бы стать новым регентом Норвегии. Он говорил, что сам решал, кто в Норвегии должен жить, а кто умереть. Его “обязанность” принимать такие решения ощущалась им как реальная, но также и как тяжелое бремя. Он был уверен, что значительная часть норвежского населения (несколько сот тысяч) поддерживала его действия. Если бы он стал новым регентом, то взял бы себе имя Сигурд Крестоносец Второй (Сигурд Крестоносец был в средние века норвежским королем, освободившим часть Португалии от власти мусульман). Он заявлял, что отдал на дело борьбы 5 миллионов норвежских крон. Он считал, что будет обязан депортировать несколько сотен тысяч мусульман в Северную Африку. Он был уверен, что в Норвегии продолжается этническая чистка и боялся за свою жизнь. Он думал, что события, частью которых он стал, могли запустить третью мировую ядерную войну. Он работал над решением проблем очищения норвежского этнического генетического пула, искоренения болезней и снижения уровня разводов. У него были мысли о необходимости тестирования ДНК, создания резерваций для коренных норвежцев и фабрик по массовому производству младенцев. Он был уверен, что дом Глюксбургов (правящая в Норвегии королевская ди-

настия) будет смещен путем революции в 2020 г. По его мнению, в качестве альтернативы призыву нового регента из числа руководителей тамплиеров, можно было бы произвести ДНК-анализ останков короля Олава Святого (король викингов, который ввел в Норвегии христианство), а затем выбрать новым королем человека с наибольшим генетическим сходством.

Психиатры расценивали все это как бредовые идеи величия со странными и параноидными характеристиками, которые шли гораздо дальше идей тайных заговоров исламистов о захвате Европы. Таким образом, они считали, что Брейвик находился в психотическом состоянии не потому, что ошибочно принимали его экстремистские, расистские и консервативные правые взгляды за бред, но потому, что полагали, что у него имелись бредовые идеи величия относительно его собственной роли в этой экстремистской вселенной. Хотя его политические взгляды разделяются, к сожалению, и другими людьми, он оставался в одиночестве в своих заявлениях о своем высокопоставленном положении в предполагаемой организации тамплиеров или даже в утверждениях о существовании такой организации. Более того, Брейвик заявлял, что он обладает исключительными личными способностями, например, знает мысли других людей, включая тех, кто его обследовал, не объясняя полностью, как ему это удается.

Оба психиатра воспринимали его язык как высокопарный и формальный, в котором обычные слова, использовавшиеся в новых контекстах, были смешаны с необычными словами, которые, как он говорил, он создавал сам, и которые психиатры расценивали как неологизмы. Вместе с тем у него не обнаруживалось признаков выраженной дезорганизации речи или поведения. Рассказывая о своих убийствах, которые он называл “казнью предателей”, он обычно обнаруживал скудность, а иногда и неадекватность эмоциональных реакций. Он становился оживленным, говоря о своей яростной стрельбе и своем манифесте. Психиатры рассматривали это как пример эмоционального уплощения с эпизодами аффективной неадекватности. У него не было видимых признаков депрессии, мании, слуховых галлюцинаций или идей отношения, феноменов воздействия или ощущений “вкладывания” мыслей. До 22 июля он неоднократно принимал анаболические стероиды, а в тот день — их сочетание с большими дозами эфедрина, кофеина и аспирина. В анализах крови, взятых сразу после его задержания, были обнаружены эти вещества в количествах, которые с большой долей вероятности могли усилить, но не вызвать психические симптомы. Основываясь на совокупности выявившихся у Брейвика симптомов, и в особенности, на наличии гротескных бредовых идей величия, психиатры пришли к заключению, что он страдает параноидной шизофренией.

Однако, они должны были ждать более шести месяцев, прежде чем получили возможность объяснить,

из чего они исходили, давая свое заключение. Между тем точка зрения, что Брейвик не мог отвечать перед законом за свои действия, вызвала активную общественную дискуссию [3]. Часть общества была разгневана тем, что чувствовала мошенничество с наказанием и была обеспокоена, что он может слишком рано выйти на свободу. Многие с трудом понимали концепцию невменяемости — как он мог быть “не виновен”? Вскоре через одного из сочувствующих адвокатов жертв была организована утечка материалов экспертного заключения, и его краткое содержание с помощью норвежских газет стало доступно в Сети, вызвав новую волну дискуссий. Хотя некоторые в психиатрическом сообществе рассматривали заключение как конфиденциальный документ и отказывались комментировать его до суда, другие начали анализировать его и критиковать экспертов. Цитировались заявления профессионалов, что диагноз шизофрении в данном случае мог бы быть отвергнут из-за отсутствия патогномичных симптомов, в особенности, ясно очерченных симптомов первого ранга Шнайдера: бреда и слуховых галлюцинаций. Отсутствие у Брейвика выраженной дезорганизации и его хорошие способности планировать также выставлялись в качестве контраргументов для диагноза шизофрении [4].

Дискуссии подогревались многочисленными публикациями в средствах массовой информации с повторяющимися требованиями ведущих газет и политиков, включая председателя действующего парламентского комитета юстиции, о необходимости новой экспертизы. Полемика не прекратилась и после формального одобрения экспертного заключения Норвежским советом судебной медицины. Более того, это вызвало шквал теорий заговоров, от утверждений о корпоративном утаивании правды до открытых предположений, что норвежские власти стремятся скрыть от общественности информацию о наличии в стране экстремистов правого толка. Хотя адвокат Брейвика первоначально заявил, что результаты первого обследования его не удивили, наиболее твердое несогласие с ними пришло от самого Брейвика. Он не желал “защиты на основании невменяемости” и не хотел уклоняться от ответственности или избегать суда. Наоборот, массовое убийство было совершено с явным намерением получить широкую огласку судебного процесса в СМИ. Приготовления к суду для него, таким образом, свелись к усилиям добиться признания своего здоровья, он утверждал, что предпочел бы смертную казнь принудительному лечению [5].

В январе 2013 г. окружной суд Осло назначил двух других психиатров для проведения повторной экспертизы. Она проводилась с конца февраля до первых чисел марта, т.е. через 6 месяцев после первой. К тому времени Брейвик, начиная с сентября, еженедельно осматривался группой тюремных специалистов в области психического здоровья. Он более не находился в изоляции и имел доступ к заключению первой пси-

хиатрической экспертизы и деталям дискуссии в средствах массовой информации о состоянии его психического здоровья. Основная часть нового обследования имела в своей основе тот же формат и использовала те же инструменты, что и первая, за исключением того, что психиатры встречались с Брейвиком поодиночке. В тюрьме также осуществлялось постоянное наблюдение подготовленным психиатрическим персоналом.

Как и в первом обследовании, ни новые психиатры, ни наблюдающий персонал не видели каких-либо признаков выраженной дезорганизации или внешних проявлений слуховых галлюцинаций. Они также согласились с первыми в том, что перед ними был человек с патологическим возвышением самого себя. Основное различие заключалось в том, что к этому времени Брейвик приглушил значимость тамплиеров, описывал себя “рядовым сотрудником”, выполняющим свои обязанности и говорил, что ранее он преувеличивал свою собственную роль. Психиатры констатировали наличие у него “идей переоценки собственной значимости, силы и знаний, которые могут напоминать те, что наблюдаются в случаях бредовых расстройств”. “Не менее странными представляются и идеи относительно тамплиеров. Однако он рационализировал это, объяснив, что это *намеренно высказывавшаяся идея*”. В отношении негативных симптомов, психиатры сосредоточились, главным образом, на его удалении от общества, рассматривая это, как естественное следствие планирования террористической атаки. В какой степени могли быть признаками аффективных нарушений явная индифферентность Брейвика к своим жертвам и временами непонятные аффективные проявления, не обсуждалось. Основываясь на этом, психиатры пришли к заключению, что обнаруживающиеся у Брейвика симптомы были обусловлены наличием у него выраженного нарциссического расстройства личности, сочетающегося с патологической лживостью (*pseudologia fantastica*) [6], и что он не находился в психотическом состоянии ни в период обследования ими, ни в период совершения своих преступлений, и, соответственно, вменяем.

Таким образом, основное различие между двумя обследованиями состоит в том, что через 9 месяцев после своих атак Брейвик производил впечатление человека более доступного для альтернативных объяснений своей собственной роли, поскольку связь его с реальностью при объяснении своих идей величия казалась менее нарушенной.

Судебный процесс и решение относительно виновности

Судебный процесс в окружном суде Осло проходил с 16 апреля по 22 июня 2012 г. Многие телевизионные станции и газеты пользовались услугами “экс-

пертов-комментаторов”, которые фокусировались на психическом состоянии Брейвика во время судебного разбирательства и иногда пытались “выявить” диагноз на основании того, как Брейвик выглядел в суде. В дополнение к назначенным судом психиатрам, адвокатами как Брейвика, так его жертв были вызваны для дачи показаний в суде другие психиатры и психологи. Среди них были тюремный психиатр, наблюдавший Брейвика, и несколько наиболее активных критиков заключения первой экспертизы в средствах массовой информации. Обсуждение на стадии установления вины завершилось рекомендацией стороны обвинения поместить Брейвика в психиатрическое учреждение и утверждением защиты, что Брейвик должен быть признан психически здоровым и должен быть оправдан, т.к. действовал в пределах самообороны.

Судебное решение было вынесено 24 августа и, что довольно необычно, не было обжаловано. Суд нашел Брейвика ответственным и приговорил его к 21 году тюремного заключения с минимальным сроком 10 лет. В качестве основы для своего решения суд принял заключение второй психиатрической экспертизы и результаты обследования Брейвика другими специалистами в области психического здоровья, включая свидетелей, вызванных Брейвиком. Судебное решение начинается с обсуждения возможных диагнозов Брейвика. Поскольку диагноз шизофрении при первой экспертизе основывался на наличии странных (bizarre) бредовых идей, обсуждение концентрируется на этом понятии. Суд в данном случае следует определению в МКБ-10 (“стойкие бредовые идеи других типов, которые не соответствуют культуре [к которой принадлежит их носитель] и совершенно невозможны, например, способность управлять погодой или общаться с инопланетянами”) и ссылается на конкретное определение “странности”, даваемое второй парой психиатров (“бредовые идеи, включающие в себя феномены, находящиеся вне сферы естественных наук”). Таким образом, делается вывод, что абсурдные идеи величия у Брейвика не являются странными и утверждается, что перед тем как решать, что его понимание величия невозможно в культуре, к которой он принадлежит, необходимо было проконсультироваться у экспертов по правым идеологиям. Далее суд, исходя из соображений здравого смысла, дает ряд альтернативных объяснений заявлениям и поведению Брейвика: утверждение Брейвика, что он знал мысли других людей, могло, вероятно, основываться на его опыте работы в качестве продавца телефонов; его удаление от общества и подозрительность могли быть следствием его террористических планов; его странный выбор слов мог объясняться его онлайн-военными играми и праворадикальными взглядами. В судебном решении признается наличие у Брейвика эмоционального уплощения, но утверждается, что его аффективные вспышки, такие как плач во время просмотра своего пропагандистского филь-

ма в суде, свидетельствуют против аффективных нарушений, при этом игнорируются клинические данные, что уплощенный и неадекватный аффект не являются взаимоисключающими. Таким образом, суд приходит к выводу, что психическое состояние Брейвика не соответствует критериям шизофрении, изложенным в МКБ-10, не зная, по-видимому, что оно, тем не менее, могло бы соответствовать критериям шизофрении, приводящимся в DSM-IV.

Обсуждая далее бредовое расстройство, суд придерживается заключения второй экспертизы, в котором констатируется, что способности Брейвика аргументировать, приводить нюансировано-сформулированные заявления и исправлять свои ошибки, наряду с умением скрывать свои планы, исключают бредовое расстройство. Основанием для этого, по мнению суда, является то обстоятельство, что у людей с идеями психотического характера имеется чрезмерно выраженная потребность заявлять о том, что они считают несправедливым, и в процессе бесед с ними они были бы неспособны поддерживать самоконтроль на хорошем уровне. Также маловероятно, что лицо, имеющее психотическое расстройство, могло бы продолжительное время диссимулировать. Суд находит поддержку заключения об отсутствии у Брейвика психоза в сообщениях лечащего психиатра и психиатра-консультанта начальнику тюрьмы: оба специалиста расценивают заявления Брейвика как проявление расстройства личности, а своеобразные идеи величия как примитивный защитный механизм. Суд придает особое значение 3-х недельному круглосуточному наблюдению Брейвика персоналом больницы, вовлекавшим Брейвика в беседы на повседневные темы, в процесс приготовления пищи, собирания пазлов. Наблюдавшие его, однако, никогда не пытались вызвать его на обсуждение тем, касающихся его идей величия или существования организации тамплиеров, считая эту задачу частью работы полиции.

Суд не обсуждает в деталях основной диагноз, установленный второй парой психиатров — нарциссическое расстройство личности. Однако его комментарий относительно отсутствия необходимости также оценивать DSM-IV — критерии общей длительности и тяжести имеющихся нарушений показывает, что он, возможно, упустил суть, т.к. диагнозы расстройств личности не являются кросс-секционными.

Что могут психиатры почерпнуть из дела Брейвика?

Дело Брейвика привлекло большое международное внимание [7, 8] и некоторые его аспекты имеют значение для психиатров. Наиболее труднообъяснимая сторона судебного решения — игнорирование влияния роли Брейвика на формировании взглядов других людей. Сообщения свидетелей, взятые в качестве поддержки того, что Брейвик не находился в пси-

хотическом состоянии, в определенной степени сбивают с толку своими повторяющимися описаниями его вежливости, предупредительности, мастерства в собирании пазлов и в использовании им смеха как способа психологической адаптации. Наряду с основывающимися на обыденных представлениях объяснениями необычного поведения Брейвика, судебное решение рисует картину, которую очень трудно совместить с описаниями, данными в первом экспертном заключении. Более того, картина эта очень плохо согласуется с описаниями тех, кто выжил в этой трагедии, описаниями смеющегося убийцы молодых людей, вне зависимости от того, основывались ли его мотивы на бреде, нарциссическом гневе или зле.

Судебные документы отчетливо иллюстрируют странное влияние, которое Брейвик, кажется, имел на всех тех, кто его обследовал (включая первых), заключающееся в формировании у них нежелания выяснить, что могло лежать за некоторыми из его странных высказываний. Как иллюстрация: будучи спрошен, сомневался ли он когда-либо в здравости суждений Брейвика, один из свидетелей ответил, что однажды, да, когда Брейвик в разговоре высказал мнение, что в будущем мозг человека мог бы быть напрямую связан с компьютером и таким образом, люди бы избавились от необходимости получать дорогостоящее образование. Вместо того чтобы попросить Брейвика разъяснить свою мысль в деталях, свидетель заявил, что он “быстро *подумал про себя*, что это была не психотическая идея, но, скорее, представление о будущем”.

Дело Брейвика демонстрирует важность контекста, в котором происходят психиатрические обследования. Действительно, суд интерпретировал диагностическое расхождение, в особенности относительно наличия странных бредовых идей, как “отличающееся истолкование сходных результатов наблюдений”, игнорируя разницу во времени между двумя наблюдениями и разницу ситуаций, в которых они имели место. Он также привлекает внимание к тому обстоятельству, что источником путаницы могут быть незначительные, но имеющие отношение к делу, различия между МКБ-10 и DSM-IV, а также тот факт, что часто МКБ-10 принимается как диагностическая система, а для диагностической оценки используется Структурированное клиническое интервью для DSM-IV (SCID), основывающееся на DSM-IV. Более того, он подчеркивает, что диагностические критерии должны рассматриваться не как правовые нормы, но как прагматические определения, предназначенные для фиксации основных симптомов и синдромов болезни, и что их использование требует знаний о данной болезни и понимания основных клинических феноменов [9].

Важный урок из дела Брейвика состоит в том, что сложность психиатрических оценок должна побуждать профессионалов быть осторожными при выра-

жении своей позиции публично. В обсуждаемом случае диагностическое расхождение стало центральной газетной новостью. Этот конфликт дал дополнительный импульс утверждениям газет о несостоятельности психиатрии, активно поддержанным лицами или группами, придерживающимися общих антиэкспертных или специфических антипсихиатрических взглядов. Социологический опрос, однако, показал, что дело Брейвика не изменило взгляды норвежского общества на судебную психиатрию, отражая, по-видимому, признание возможности разногласий при судебно-психиатрических оценках. Основным вопросом для большинства людей были не детали диагностики, но понимание того, что “действительно означает быть неспособным отвечать перед законом вследствие психического расстройства”. Этот вопрос — основа дилеммы, которая занимает умы юристов, философов и психиатров на протяжении долгого времени и для которой нет простых решений. Оценка того, что происходило в уме человека во время совершения преступления, будет, в конечном счете, и в будущем, несмотря на технические инновации, основываться на личных оценках и интерпретациях.

Психиатрам, вовлеченным в дела, привлекающие большое внимание, следует ожидать значительного интереса публики и давления со стороны средств массовой информации. Все психиатры, занятые в деле Брейвика, были объектами назойливого внимания со стороны журналистов, которое варьировало от телефонных звонков в любое время дня и ночи до контактов с членами их семей и подслушивания на закрытых встречах. Так как несколько крупных норвежских газет и норвежская общественная телевещательная компания выразили чрезвычайное неодобрение в отношении содержания и приемлемости первого экспертного заключения, те, кто был ответствен за его подготовку, подверглись жесткой критике, включая обвинения в некомпетентности, предвзятости и паранойе. Однако, несмотря на заявления СМИ, норвежские психиатры не были единодушно критичны в отношении заключения первой экспертизы. Принимая во внимание количество профессионалов, отказывавшихся комментировать экспертное заключение до суда, становится очевидным, что многие чувствовали ограничения, связанные с необходимостью сохранять конфиденциальность. К тому же основные критики активно не занимались лечением психозов или исследовательской работой в этой области, и главная поддержка первой экспертизы пришла от профессионалов, работающих с психотическими расстройствами, знакомых с разнообразием и флюктуацией их клинических проявлений и с трудностями оценки пациентов, не сотрудничающих с психиатром в процессе обследования. Исследователи, имеющие опыт работ и с МКБ-10, и с DSM-IV, были весьма удивлены тем обстоятельством, что особое значение в заключениях придавалось формулировкам, содержащимся в

МКБ-10, тогда как основным используемым диагностическим инструментом было Структурированное клиническое интервью для DSM-IV.

Другой важный урок из дела Брейвика заключается в том, что психиатрам, принимающим участие в общественных дискуссиях, касающихся психических расстройств, следует помнить, что эти дискуссии представляют значительный интерес для лиц, у которых такие расстройства диагностированы. Одним из порождающих значительные проблемы аспектов дела Брейвика явились взгляды на шизофрению, выражавшиеся участвовавшими профессионалами. Например, заявление, что у Брейвика не могло быть психотических расстройств, потому что у него не было соответствующих поведенческих признаков, наводит на мысль, что наличие шизофрении всегда можно распознать по поведению человека. Еще более неприятными для успешно трудоустроенных пациентов с этим расстройством, некоторые из которых заняты сложной работой, являются повторяющиеся утверждения профессионалов, что Брейвик не может страдать шизофренией, поскольку демонстрирует хорошие когнитивные способности.

Деяния Брейвика оказали значительное влияние на норвежское общество. Лагерь был местом встречи молодежи со всех уголков страны, и каждый знает кого-то, кто пострадал в результате этих событий. Все норвежцы испытывают радость, что дело не было обжаловано, и жертвы, таким образом, избавлены от необходимости вновь видеть физиономию Брейвика во всех сводках новостей, что добавляло бы ему известности, столь страстно им желаемой. Тем не менее,

следствием этого дела, несомненно, станет пересмотр некоторых статей норвежского уголовного кодекса, и мы можем лишь надеяться, что те, кто будут заниматься этой работой, будут помнить, что “знаменитые и трудные судебные дела — плохая основа для хороших законов”.

Перевод с англ. В. В. Мотова

ЛИТЕРАТУРА

1. *Grondahl P.* Scandinavian forensic psychiatric practices — an overview and evaluation. *Nordic J Psychiatry.* 2005;59:92–102. [PubMed]
2. *Syse A.* Punishment, treatment and fair retribution. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2012; 132:841–3. [PubMed]
3. BBC News Europe. Anders Behring Breivik trial: day by day. <http://www.bbc.co.uk>.
4. Spiegel Online International. Experts disagree on psychological state of Norwegian killer. <http://www.spiegel.de/>
5. BBC News World. Norway massacre: Breivik declared insane. <http://www.bbc.co.uk>.
6. *Newmark N., Adityanjee K. J.* Pseudologia fantastica and factitious disorder: review of the literature and a case report. *Compr Psychiatry.* 1999; 40:89–95. [PubMed]
7. *Wessely S.* Anders Breivik, the public, and psychiatry. *Lancet.* 2012; 379:1563–4. [PubMed]
8. *Lockey D. J.* The shootings in Oslo and Utoya island July 22, 2011: lessons for the International EMS community. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2012;20:4. [PMC free article] [PubMed]
9. *Nordgaard J., Revsbech R., Sæbye D., et al.* Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry.* 2012; 11:181–5. [PMC HYPERLINK”<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449355/>”freeHYPERLINK”<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449355/>”HYPERLINK”<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449355/>”article][PubMed]

От редактора. Наш клинический и судебно-психиатрический экспертный опыт, а также анализ опубликованных материалов и текста выступления Брейвика на суде (помещенного в интернете) позволяет высказать уверенность, что адекватным является диагноз первой судебно-психиатрической экспертной комиссии и что решение суда было обусловлено мощной волной общественного негодования, что такой злодей может вскоре выйти на свободу.

Дело Брейвика и “*conditio psychiatrica*”¹

Джозеф Парнас²

В Дании, скандинавской стране, лингвистически близкой Норвегии, дело Брейвика (ДБ) возбудило в СМИ похожие диагностические дебаты, в которых принимали участие и неспециалисты, и психиатры, и другие профессионалы. ДБ заслуживает комментариев, не относящихся к юридическим или судебным вопросам, но касающийся современного состояния и проблем психиатрической диагностики и профессии, которые так выразительно показаны в описании этого дела [1].

Более 30 лет назад психиатрия, пытаясь соответствовать соматической медицине в ее стремлении основываться на научных данных, претерпела “операционную революцию”, вводя диагнозы, основывающиеся на критериях и “операциональные определения” таких критериев. ДБ довольно впечатляюще демонстрирует, что упомянутые критерии, по сути не являются “операциональными” в первоначальном смысле этого слова, как точно определяющие правила действий [2] и служащие для связи психиатрических концепций с их прототипами, существующими в реальности (операции, как в случае: X тверже Y, потому что X может наносить царапины на Y, но не наоборот).

Ни один из вызывающих разногласия вопросов в ДБ не был разрешен путем апелляции к операциональным правилам действий. “Операциональные” критерии, в действительности, имеют значение не большее, чем простые, выраженные не языком специалистов, описания симптомов и видимых признаков. Более того, операциональный проект дорого обошелся. Он радикальным образом урезал, упростил, спрессовал существовавший тогда свод клинических знаний в диагностические руководства, доступные *grand publique*, потому что они были писаны языком неспециалистов и лишены теоретической и психопатологической рефлексии. Эти руководства в течение длительного времени являлись главным источником клинических знаний для врачей, готовящихся стать психиатрами [3], и ошибочно предполагается [4, 5], что структурированное интервью, в котором заранее сформулированные вопросы задаются в предписанной последовательности, является адекватной методологией для получения психиатрической диагностической информации, в особенности, в

тех случаях, когда от пациента можно ожидать диссимуляции [1]. Следствием “смерти” психопатологии [3] стало интеллектуальное измельчание: любое мнение приветствуется, как глас, *a priori* достойный внимания, равный и законный, и профессиональные границы психиатрии размываются. К сожалению, операциональная революция оказалась также неспособной выполнить то, ради чего она затевалась, — осуществить прорыв в сфере имеющих важное практическое значение знаний этиологии. “Зияющий разрыв” между впечатляющим прогрессом в генетике и неврологических науках и “почти полным отсутствием такового” в объяснении причин психических расстройств, их диагностики и лечения признается сейчас многими [6, 7].

Как иллюстрирует ДБ, психиатрия будет и далее в решающей степени зависеть от понимания в сфере феноменов, то есть в областях, относящихся к опыту, экспрессии, поведению, рассудку и т.д. В то же время ДБ выявляет там важные проблемы. Создается впечатление, что дискуссия о возможности наличия у Брейвика психоза/бреда вращалась вокруг, по-видимому, независимых друг от друга вопросов (например, действительно ли его взгляды разделялись другими людьми; как рассматривать его аффективные реакции и изоляцию; как расценивать его странные обороты речи; является ли наблюдение за его поведением адекватной заменой знаний о его внутреннем мире и т.д.).

Оказалось забытым, что неверность содержания мысли не является решающей характеристикой бреда. Ясперс подчеркивал, что его триада: ложность, убежденность и неподатливость коррекции (введенная в современные диагностические критерии) была не *определяющей*, но *только предполагающей* наличие бреда [8].

Бред, обычно, приводит к перестройке субъективной системы взглядов с ее взаимосвязанными отношениями к себе, миру и окружающим [8, 9]. Потому бред, обычно, распознается в более широком временном, ситуационном и основывающемся на опыте контексте. Коллатеральная информация обогащает контекст, что также влечет за собой необходимость внимания к “двойной бухгалтерии”, способности диссимулировать и (ир)рациональности перехода между убеждением и действием.

Обсуждение ДБ выявляет скрытый эпистемологический внутренний конфликт в самой концепции психиатрического диагноза, противоречие, которое, по-видимому, лишь смутно ощущается сторонами в дискуссии и которое редко детально рассматривается

¹ Оригинал (Josef Parnas. The Breivik case and “*conditio psychiatric*”) опубликован: World Psychiatry 2013;12, 1: 21 – 22.

² Психиатрический центр Hvidovre и Центр по изучению субъективности, Копенгагенский университет, Дания.

ЛИТЕРАТУРА

в литературе. Это внутренний конфликт между операциональным, кросс-секционным подходом “подсчета симптомов” без учета их иерархической соподчиненности и принципа понятности (*intelligibility*) [10], и более прототипичной перспективой, которая ясно выражает психопатологический гештальт, возникающий из взаимодействия между целым и его взаимно — имплицативными аспектами [11, 12]. ДБ также служит примером так называемого “принципа благотворительности” — универсального межличностного человеческого отношения, часто вмешивающегося в клиническую оценку [13]. Это подсознательная, автоматическая, компенсационная тенденция представлять своего собеседника более рациональным, чем он есть на самом деле, например, сглаживая дефекты в его суждениях, заполняя логические пробелы и нормализуя примеры его вопиющей иррациональности.

Стоит напомнить, что дебаты, напоминающие те, что были порождены ДБ, имели место не только в наше время. Фуко посвятил семинар довольно похожим публичным диагностическим дискуссиям, происходившим в 1835 г. [14]. Они касались предполагаемой невменяемости Pierre Rivière — довольно грамотного крестьянина, который убил свою мать, сестру и брата, и оказался в состоянии представить в свою защиту 100-страничный отчет о своей жизни и мотивах своих поступков.

Психиатрия была, есть и будет оставаться объектом интенсивного общественного внимания и вне-научного давления. Лишь строгие психопатологические стандарты могут дать ей возможность выполнять свои клинические обязательства, противостоять внешним давлениям или умерять их.

Перевод с англ. В. В. Мотова

1. *Melle I.* The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. *World Psychiatry.* 2013; 12:16–21. [PMC free article] [PubMed]
2. *Hempel C. G.* Explanation and other essays in the philosophy of science. New York: Free Press; 1965.
3. *Andreasen N.* DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull.* 2007; 33:108–12. [PMC free article] [PubMed]
4. *Nordgaard J., Revsbech R., Sæbye D., et al.* Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry.* 2012; 11:181–5. [PMC free article] [PubMed]
5. *Nordgaard J., Sass L. A., Parnas J.* The psychiatric interview: validity, structure and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* (in press) [PubMed]
6. *Frances A. J., Widiger T.* The psychiatric diagnosis: lessons from DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012; 8:109–30. [PubMed]
7. *Hyman S. E.* Psychiatric drug discovery: revolution stalled. *Sci Transl Med.* 2012; 155:1–5.
8. *Jaspers K.* General psychopathology. London: John Hopkins University Press; 1963.
9. *Spitzer M.* On defining delusions. *Compr Psychiatry.* 1990; 31:377–97. [PubMed]
10. *McHugh P. R.* Rendering mental dis-orders intelligible: addressing psychiatry’s urgent challenge. In: Kendler K., Parnas J., editors. *Philosophical issues in psychiatry II: nosology.* Oxford: Oxford University Press; 2012. pp. 42–53.
11. *Parnas J.* The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry.* 2012; 11:67–9. [PMC free article] [PubMed]
12. *Parnas J., Sass L. A., Zahavi D.* Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull.* (in press) [PMC free article] [PubMed]
13. *Davidson D.* Inquiries into truth and interpretation. Oxford: Clarendon Press; 1974.
14. *Foucault M.* Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère. Un cas de parricide au XIX siècle. Paris: Gallimard; 1973.

О понимании доказательной медицины в клинической психиатрии (тезисы к обсуждению на XIV съезде НПА России)

Ю. С. Савенко

Само понятие “**доказательной медицины**”, привлекательное в замысле, как научная выверенность всего, что возможно в медицинской практике от диагностики до лечения, ограничилось на деле жесткой регламентацией исследовательских процедур проверки эффективности новых лекарственных средств, сбора данных с помощью стандартизованных опросников, квалификацией психического состояния по терминологическим словарям и постановкой диагноза по международной классификации психических расстройств.

Для отечественных клиницистов, в первую очередь психиатров, это было **существенным упрощением** прежней практики, которая ценила и требовала индивидуализации и адекватности посредством многостороннего дифференциального анализа, в котором стандарты играли вспомогательную роль.

Новая практика перевернула эти приоритеты: теперь решающее значение имеют стандарты, диагностика сводится к сверке наличия у больного необходимого количества равновесных различительных признаков (критериев), а индивидуализация рассматривается как косметика. Тем самым клиническое мышление фактически элиминируется и легко подменяется машинной диагностикой, создание которой было плодом попыток врачей выразить в словах последовательность своих действий, что неизбежно не просто упрощало, но качественно меняло ее в силу опускания многих неосознаваемых звеньев. Между тем, именно они составляют существо общенаучной парадигмы. Такого рода утвердившаяся практика опиралась на ошибочное неявное допущение, что разложить и сложить симптоматику — взаимобратимая симметричная процедура.

В результате, многие научные сотрудники в наивном высокомерии мнят свои процедуры собственно научными, тогда как практическим врачам-психиатрам очевидна их оторванность от лечения конкретных больных.

Обе обрисованные позиции контрпродуктивны в силу грубой односторонности и неправомерного столкновения подходов, которые следует **сочетать**. Правильнее говорить о различных подходах в рамках научной медицины, о ее незрелом уровне, односторонности, апологии установившихся шаблонов, начиная с неадекватного противопоставления так наз. “**категориального**” и “**димензионального**” подходов. Эти неудачные, по крайней мере на русском языке, обозначения имеют целую серию вариаций (табл. 1), не

тождественных друг другу, демонстрирующих многомерность исходной (древней) оппозиции “Древа Жизни” и “Древа Познания”. Это разнообразие наглядно показано в приведенной таблице 12 оппозиций. Это не исчерпывающий список. За каждой оппозицией стоит огромная литература. Но видна явная семантическая близость понятий, составляющих, с одной стороны, левую, а с другой стороны, правую половину списка.

Не останавливаясь здесь на каждой из оппозиций, отметим фундаментальную важность осмысленного отношения к взаимоотношению этих оппозиций. Пары противоположностей, т.е. понятие и его антоним, предполагают друг друга, это одно и то же однородное измерение, где правомерен количественный подход. Даже дефиниции понятий обогащаются за счет их антонимов. Но не все представленные оппозиции — антонимы, у многих противоположным является только один из многих векторов этих сложных многомерных понятий. Так 12-ая позиция — “**категориальный — димензиональный**” — не совпадает с 11-ой. “**Димензиональный**” означает измеримый, где линейные измерения возможны в разных аспектах (измерениях) (интенсивность, глубина, распространенность, длительность, etc.), тогда как “**категори-**

Таблица 1. Вариации древней базовой оппозиции “Древа Жизни” и “Древа Познания”

Жизнь	—————	Наука
клинический	—————	научный
целостный	—————	аналитический
гуманистический	—————	сциентистский
гуманитарный	—————	естественно-научный
естественный	—————	экспериментальный
индивидуальный	—————	статистический
конкретный	—————	общий
идеографический	—————	номотетический
индивидуализирующий	—————	выясняющий законы
дескриптивный	—————	объяснительный
эмпирический	—————	теоретический
феноменологический	—————	индуктивный
дискретный	—————	континуальный
валидный (адекватный)	—————	надежный
качественный	—————	количественный
квалификация	—————	квантификация
категориальный	—————	димензиональный
дихотомический	—————	измеримый

альный¹ означает дихотомию, альтернативу, бинарность в отношении не только определенного симптома или синдрома, есть он или нет, но и в отношении таких фундаментальных понятий как “психотический”, “невменяемый”, “специфичный”. При этом их антонимы — “непсихотический”, “вменяемый”, “неспецифичный” поддаются ранжированию, но даже такое измерение принципиально отличается от измерения физических объектов. Только психопатологические феномены, в отличие от симптомов, могут быть специфичными и не могут быть измерены и количественно определены, а значит, не могут называться дименсиями, а могут быть только оценены и ранжированы.

В определенном масштабе все личности делаются пренебрежимыми песчинками, и такого рода масштаб рассмотрения вскрывает совершенно другой космос, выступающий как безотносительный к отдельной личности, отдельной микрогруппе, отдельному сообществу, городу, стране и т.д., т.е. как контексты разного масштаба и охвата. Таким образом, мы имеем здесь не оппозицию, а отношения типа “фигура и фон”.

Являются ли клинический и научный метод противоположными? Конечно, нет. Наглядное представление их взаимоотношения посредством диаграмм Венна² — это взаимопересекающиеся круги клинического и строго научного подхода, но доказательными и научными являются оба. “**Строго научный**” в отличие от просто “научного” предполагает валидную и надежную экспериментальную проверку и математическую презентацию.

Но опыт других наук показал, что, например, детально разработанная математическая генетика и таксонометрия не смогли заменить традиционные генетику и таксономию.

Претензиям науки на тотальное и исчерпывающее познание был положен предел еще в прошлом веке. Наряду с научным существуют другие виды познания (обыденное, художественное, математическое, философское, религиозное), которые не могут игнорироваться хотя бы потому, что строго научный подход только постепенно осваивает мир и метафизика (как философская дисциплина о непознанном) получила право гражданства как теоретическое знание.

¹ Отрицательное отношение позитивистов к учению о категориях было вызвано застывшими таблицами категорий с раз и навсегда установленным содержанием, тогда как учение о категориях Николая Гартмана, Карла Ясперса и Алфреда Уайтхеда (A. N. Whitehead) — это открытые и динамичные системы, согласовываемые с современным уровнем науки. Система и природа этих категорий значительно сложнее прежних представлений.

² Диаграммы Джона Венна — общепринятое в логике геометрическое представление не только аристотелевской силлогистики, как прежняя практика такого рода, но и сложных логических связей логики классов и отношений множеств.

Возвращаясь к списку оппозиций, укажем на принципиально важное требование сравнительного анализа: 1) сопоставимы ли, соразмерны ли сравниваемые предметы; 2) одного ли они уровня; 3) одного ли масштаба рассмотрения; 4) одного ли аспекта рассмотрения. В оппозиции “клинический — научный” “клинический” — это всегда конкретный, а значит целостный, антропологический, многоуровневый, биопсихосоциальный подход, тогда как “научный” — это обычно биологический, одноуровневый подход. Из одного этого следует не противоположность, а реципрокность, дополнительность этих подходов. Но при четком понимании отсутствия противоречия такого рода оппозиция продуктивна. Всякий предмет рассмотрения необходимо брать в его контексте и вместе с его контекстом, а при сравнении учитывать сопоставимость охвата сканирования и масштаба рассмотрения. **Само клиническое понятие болезни не тождественно ее строго биологическому (“научному”) понятию.**

С другой стороны, все довольно легко объясняется, если вспомнить, что доказательная медицина фактически выросла из клинической эпидемиологии и, таким образом, по определению является статистическим подходом, в связи с чем нередко формулируется, что качественные методы не относятся к предмету доказательной медицины.

Но как раз в отечественной психиатрии было энергично подчеркнута, что необходимо говорить не просто об эпидемиологии, а о клинической эпидемиологии. Без такого качественно иного подхода результаты исследования служат затемнению и искажению, а не прояснению реальной картины заболевания.

Таким образом, представленные оппозиции — это не противоположности, а необходимые аспекты рассмотрения для анализа, который должен включать и нас самих: по какую сторону в этих оппозициях лежит изучаемое нами явление или литературный источник и где наше собственное место? Осмысленно аналитическое отношение к этим элементарным требованиям избавляет от смешения (иначе вместо структуры — каша).

Но и здесь есть два противоположных пути для достижения цели: предельное избавление от предвзятостей (феноменологическая редукция, эпохэ) или открыто заявленная тенденциозность, позволяющая (зная свои координаты в структурированном пространстве различных существующих подходов) адекватную ориентировку. Оба эффективны и нужны при условии достаточной критической рефлексии.

В реальных оппозициях противоположности и противоречия сосуществуют. Далеко не всегда и не все из них изменяются или уничтожаются, вступая в различного рода взаимоотношения. Обычно говорят об интеграции, синтезе и т.п., употребляя эти и другие термины, в самом общем недифференцированном виде. Между тем, и здесь необходимо четкое дифференцированное употребление понятий, хорошо из-

вестное из многих конкретных примеров, например, видов взаимодействия лекарств, где их насчитывается несколько десятков.

Прежде всего, это наличие взаимодействия либо его отсутствие — **ИНТАКТНОЕ СОСУЩЕСТВОВАНИЕ**, как вечные антиномии, не разрешающиеся в синтезах (Кьеркегор versus Гегель). Далее, это качественное разграничение суммативного и интегрального взаимодействия.

2) СУММАТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

- Взаимное или одностороннее усиление
- Взаимное или одностороннее ослабление
- Взаимная нейтрализация
- Подавление одного другим

Те же 4 вида в отношении каких-либо отдельных эффектов

3) ИНТЕГРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Качественно новый результат: вместо механической смеси — химическая реакция с получением качественно нового свойства. Это последнее имеет несколько градаций в зависимости от требуемых усилий, например, достаточно слить вместе, взболтать, размешать, или необходимо нагреть, сплавить, взорвать или прибавить третье вещество

В-четвертых, широко распространенные и многообразные (116 видов) взаимодействия

типа **ФИГУРА — ФОН** с обменом позиций

И в пятых, **КОМБИНИРОВАНИЕ** — из определенного набора перечисленных выше видов взаимодействия их определенная последовательность и длительность. Именно комбинирование самих видов взаимодействия является наиболее адекватным и гибким способом презентации реальных процессов, как наличие всех красок на палитре художника. Это позволяет на порядок более дифференцированно говорить о различных формах комбинированных психических расстройств, чем прежде диффузное обозначение “смешанные состояния”. Это позволяет также более адекватно и осмысленно использовать перечисленные подходы как при традиционном, так и целенаправленно научном исследовании больных. На первом этапе — творческий замысел: оценка исходной ситуации в определенной проблеме, формулирование нового вопроса, проблематизация определенного рутинного факта, приема, ситуации и план решения этой проблемной задачи. На втором этапе — сбор материала, а на последующих — его идентификация, категоризация и концептуализация, анализ и обсуждение альтернативных гипотез. Первые два этапа — творческий замысел и сбор материала — не могут быть полноценно формализованы: любые попытки такого рода создают лишь иллюзорное решение.

Между тем, уверенность тех, кто считает, что стандартизация сбора материала с помощью анкет, шкал и опросников имеет преимущество перед клиническим подходом, тем более феноменологически фундированным, как раз и является **предметом на-**

шего оспаривания. Это фундаментальная бифуркация научного исследования как такового.

Это равносильно попыткам отпирания разных замков не их индивидуальными ключами, а одинаковой отмычкой. Такой отмычкой на следствии была попытка, в науке — эксперимент. Хорошо известно, что они не являются гарантией правдивой информации, которая все равно требует валидации и проверки на надежность. Намного эффективнее доверительные отношения и исповедь. Но самоотчет душевнобольного — это не простое сообщение неких сведений, фактов, переживаний, это ни в коем случае не выбор из предлагаемых 4 – 6 вариантов ответа, и это не ответы “правильно — неправильно” или “да — нет”. Эти, наконец, вообще в значительной мере не вопросы, по крайней мере, не лобовые вопросы. Непринужденная беседа позволяет играть разными планами, она многомерна в отличие от одномерности опросника, ее ведет профессионал, для которого подчас важнее ответов разнообразные невербальные реакции: интонации, паузы, перебивы темпа, ударения, мимика, жесты и т.д. Все это позволяет перепроверять валидность и надежность клинически значимых проявлений в ходе самого общения, а не конечным результатом, ответом, который может быть произнесен с очень разной интонацией и смыслом, либо наобум, “с потолка”. Удивительно, что приходится повторять эти азбучные вещи, но это связано не столько с падением уровня, сколько с новыми жесткими требованиями документации, выполнения за стандартное время стандартных процедур у такого числа больных, которое принуждает к опрошению, редукции феноменологического метода в силу его невостребованности в широкой практике. Появляется даже апология такого положения вещей, апеллирующая к квазидемократическим принципам в неадекватных для них сферах — в науке и медицине.

Итак, рассмотренный здесь далеко не полный перечень существующих взаимоотношений показывает, насколько **непродуктивным является представление о “смешанных состояниях”**, насколько многообразны реальные комбинированные формы, внимание к которым обнаруживает сложные структуры, некоторые из которых оказываются высоко значимыми для диагностики всевозможных клинически значимых рисков.

О собственно смешанных состояниях резонно говорить, когда мы не в состоянии выразиться точнее, дифференцированно, в силу недостаточной информации, собственного неумения, либо витальной глубины дезорганизации, исключающей такую возможность.

В рамках смешанных состояний необходимо различать понятия полиморфизма и аморфности. В первом случае имеет место пестрая картина различных феноменов, во втором — однотонная монотонность, депрессивная, маниакальная, гипертимная, бредовая. Эти состояния могут носить длительный или кратко-

временный транзиторный характер. Хорошо видно, что при определенной психопатологически ориентированной настойчивости можно выявить определенную структуру там, где торопливый подход видит только смешанное состояние.

Противостояние, о котором идет речь, в разных смыслах, формах и степени выраженности существовало всегда. Новые идеи, изобретения и социальные запросы акцентировали его разные стороны и разные прочтения. Следует исходить из того, что так будет и впредь, и что столкновение позиций взаимно продуктивно, а любая односторонность заводит в тупик. В медицине это **противостояние Косской (гиппократической) школы и Книдской школы**. Часто забывается, что Гиппократ был отцом не медицины, а именно клинической медицины. Пробразом же нынешней “строго научной” или так наз. “доказательной” медицины была атакованная и критикованная им Книдская школа, впитавшая опыт древневавилонской и древнеегипетской медицины, достигшая больших успехов, уже тогда практиковавшая выслушивание (переоткрытая Рене Лаэннеком лишь в 1816 г., но отрицавшаяся в Московском университете еще в 1856 г.), выделявшая три вида чахотки, четыре вида болезней почек, семь видов заболеваний желчи и 12 — мочевого пузыря, etc.). Этот аналитический подход с выделением большого числа отдельных болезней легко догматизировался, превращался в узкую шаблонную и косную ученость, против которой две с половиной тысячи лет назад и восстал Гиппократ и созданная им Косская (гиппократическая) школа, девизом которой стало знаменитое с тех пор положение “лечи не болезнь, а больного”, больного как индивидуальную целостность, а не носителя отдельного заболевания. С тех пор это противостояние общих ученых правил (стандартов) и реальной практики лечения конкретных больных, научных предписаний и их индивидуального применения, науки и практики было, казалось бы, навсегда разрешено верно найденной последовательностью обучения медицине. Студенты на 4-ом курсе учат различные болезни и их лечение, а на 5-ом — лечение конкретных больных.

Так было осознано, что научные познания доступны многим, но не каждый может адекватно применять их в реальной практике, необходимы опыт и творческий подход. Таким образом, клиническая медицина приобрела в отличие от рутинной научной медицины, медицинского ремесла, смысл медицинского искусства.

Клиническая медицина	Доказательная медицина
практическое врачевание	теоретическая ученость
неповторимая индивидуальность	массовая стандартность
искусство	ремесло

В нашу техническую эпоху с ее выдающимися успехами, реализовавшими многие сказки, возобладала Книдская школа. Выражением этого стала современная доказательная медицина. Но о психиатрию обломали зубы все инструментальные методы, что связано с тем, что это в наиболее выраженной форме не однослойная биологическая, а многослойная биопсихосоциальная дисциплина. Этот интердисциплинарный характер психиатрии ставит ее особняком, как явственным образом патологическую антропологию. Поэтому **современные стереотипы доказательной медицины, выработанные применительно к биологически ориентированным медицинским дисциплинам**, в психиатрии очевидным образом теряют важнейшую информацию, создавая видимость научности. Клинический метод в психиатрии остается решающим и фундаментальным, а его оппоненты фактически игнорируют специфику психиатрии.

Эта специфика связана с **сочетанием в психиатрии естественнонаучного и гуманитарного знания**, которые взаимообогащают друг друга. Гуманитарное знание, начав с далеко не вполне равного естественным наукам статуса, через статус своей особой собственной методологии (Вильгельм Дильтей, Генрих Риккерт) добилось признания того, что эта ее методология важна и для естественных наук, что изгнанная позитивизмом философия с ее собственными методами должна вернуться на ясно осознаваемом уровне. Но возникновение в рамках философии раздела методологии научного знания стало прибежищем нео- и логического позитивизма, противостояние которых феноменологическому движению сохраняется. Объединить их, не смешивая, — “единство в неслиянности” — давно определяет подход наиболее выдающихся научных достижений.

Еще раз возвращаясь к нашему списку 12 оппозиций, а именно, к оппозиции **надежности** (т.е. неизменности полученных данных при повторных измерениях вне изменения состояния) и **валидности** (т.е. адекватности, достоверности того, что исследуется и измеряется именно то, что имеется в виду), к тому, что одна из основных ошибок узко понятой доказательной медицины состоит в приоритете надежности перед валидностью, можно сказать, что сам представленный список служит наглядным свидетельством необходимости того и другого в определенной последовательности, когда первый шаг делается от квалификации, категоризации в сторону квантификации, которая корректна лишь в отношении качественно однородного материала. Поскольку полноценная валидизация возможна лишь при индивидуальном клиническом подходе, всякая оппозиция валидности и надежности является нелепостью. Из этого следует и непродуктивность противопоставления клинической и доказательной медицины.

Доказательная медицина должна непременно быть клинической, а клиническая медицина долж-

на соответствовать научным требованиям, давно успешно разрабатываемым широким методологическим направлением “качественных методов”, “обоснованной теории” и т.д., которые должны рассматриваться как самостоятельная часть доказательной медицины.

Из многих выделяемых видов валидности основным является внутренняя (результат по содержанию соответствует тому, что имелось в виду), а также внешняя (обоснование правомерности обобщения результата, т.е. его распространения на другие случаи). Все они, как и другие (валидность статистического вывода, конструктивная валидность, валидность используемых понятий и т.д.), **не обобщаемы!** Экспериментальные исследования должны удовлетворять, по крайней мере, двум первым видам валидности. Основопологающей является валидность по значению того, о чем идет речь: в самом ли деле мы исследуем то, что имеем в виду по существу, в ожидаемом объеме этого понятия и смысле целого в его естественном контексте. Выделяется 12 факторов угрожающих внутренней (8 факторов) и внешней (4 фактора) валидности экспериментальных исследований, которые накладываются на 16 различных планов эксперимента (3 доэкспериментальных, 3 экспериментальных и 10 квазиэкспериментальных). Квазиэкспериментальными называют исследования, где нет полного контроля, когда и на кого распространялись воздействия.

Валидации подлежат даже используемые большим и нами самими слова. Даже, казалось бы, самые простые и распространенные из них нередко по-разному понимаются. Например, слова страх и тревога (Angst — Fürcht, anxiety — fear) путают не только больные, но и авторы некоторых терминологических словарей. Чтобы избежать этого, достаточно выяснить наличие структурных характеристик этих терминов. Тогда мы сможем адекватно квалифицировать переживания больного, не идя на поводу его лексического выбора.

Практикуются также “исследования единичного случая (case-study)” (исследования 10 и менее случаев). Характерно, что в руководствах по доказательной медицине этому уделяется обычно не более 7 % текста. Об **очень приблизительном понимании авторами руководств по доказательной медицине существования качественных методов (не говоря уже о феноменологическом методе)** свидетельствует отнесения к ним тестов и опросников типа MMPI, т.е. вышедших из позитивистски ориентированных школ, усмотрение различия качественных и количественных исследований в опоре на индуктивные умозаключения первых и на дедуктивные умозаключения вторых, etc. Между тем, столетие назад, с введением в 1913 г. феноменологического метода в психиатрию произошел парадигматически значимый сдвиг в этом вопросе: качественными исследованиями являются лишь те, которые оперируют феноменологическими

умозаключениями и методами, а для количественных методов характерны индуктивные умозаключения и методы. Симптоматично, что эта фундаментальная ошибка сделана в работе сторонников качественных методов, выявивших “поразительное невежество у части рецензентов в области методологии качественных исследований” и препятствовавших их публикациям в медицинских журналах”³.

Итак, разделение оппозиций необходимо для четкой структурности, позволяя двигаться дальше, но как бы ни были разнообразны взаимоотношения между ними, их всегда следует рассматривать вместе. Любое противопоставление этих оппозиций, одностороннее предпочтение одной из них давно рассматривается как наивный анахронизм. Это так же нелепо, как противопоставлять анализ и синтез, которые постоянно осуществляются содружественно, реципрокно⁴, как в танце, на самых разных уровнях, в том числе неподвластных нашему сознательному самоконтролю.

Традиционный мудрый консерватизм клинической медицины боится от нередких провалов широковещательных заверений доказательной медицины в лице ее даже достойных ведущих представителей (см. рис. 1), что связано с современным уровнем ее методологии и, в первую очередь, с односторонним индуктивизмом, отсутствием феноменологически фундированных исследований в сериях малых выборок, т.е. необходимой опоры на индивидуальный клинический подход, обоснованию чего посвящена настоящая работа.

В этом отношении симптоматично, что признанные авторитеты в области количественных методов исследования Дональд Кэмпбелл (1976) и Нэнси Андерсон (2007) подробно разъяснили принципиальную недостаточность количественного, дименционального подхода. **Современную философию науки характеризует отказ от чрезмерно жестких принципов, в частности, строгого операционализма, который уже не рассматривается как стандарт подлинно научного исследования.**

В лавине современных приписок и фальсификаций⁵, давно обесценивающих индексы цитирования, выручить может только обоснование доверия к каждому используемому источнику.

³ Mays N., Pope C. Qualitative research in health care, 2 ed., London, 1999.

Гринхальх Т. (T. Greenhalgh). Основы доказательной медицины. — М., 2009.

Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М., 1998.

⁴ Реципрокный — понятие, позаимствованное Ч. С. Шеррингтоном у идеи парового двигателя, каждый такт которого служит одновременно обоим сторонам.

⁵ Юдин Б. Г. О добросовестности в исследованиях. НПЖ. 2010, 4, 27 – 30.

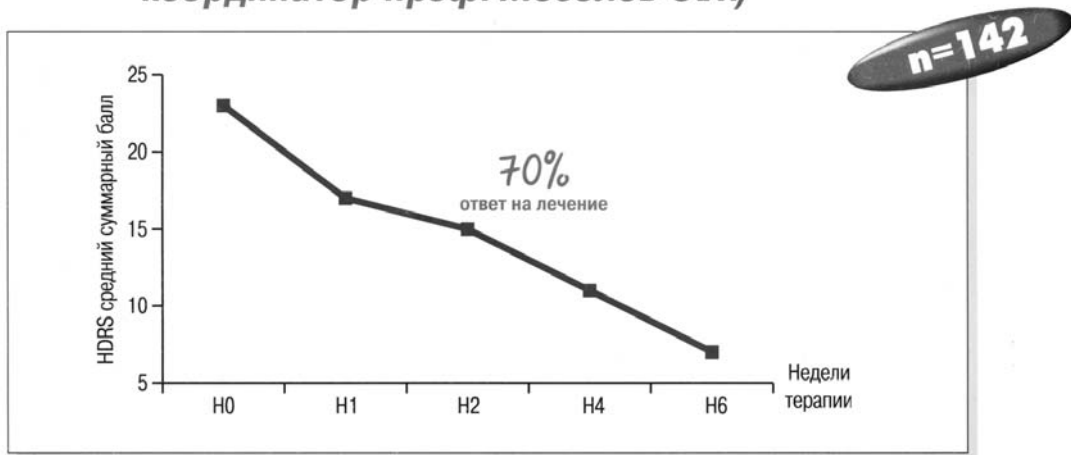
КОАКСИЛ®

Тиапетин

3 таблетки в день

... Доказана результатами Российского исследования¹

(5 ведущих центров России;
координатор проф. Мосолов С.Н.)



Выдающаяся переносимость

... по сравнению с ТЦА и СИОЗС²

Группа	Сонливость в течение дня	Головные боли	Сухость во рту	Нарушения половых функций
СИОЗС: флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам	Х	ХХ	ХХ	ХХ
ССОЗС: тиапетин	Х	Х	Х	—
ТЦА: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин и др.	ХХХ	ХХХ	ХХХ	Х

Побочные эффекты: ххх – тяжелые; хх – умеренные; х – легкие; — в единичных наблюдениях или отсутствуют

Рис. 1. Эта реклама — пример недостаточности повсеместно утвердившейся чисто индуктивной методологии проверки новых лекарственных средств

Весь впечатляющий научный аппарат доказательной медицины с даже подчеркнута обширными математическими выкладками и компьютерной обработкой легко подкладывается под парамедицинские исследования от иридодиагностики до медико-астрологических и хиромантических и т.п. характеристик⁶ и вплоть до сакраментальных уверений в 100-процентной точности диагностики⁷ — признаке псевдонаучности.

В социальной психологии и социологии рассматриваемая проблема стоит не менее остро и давно, но продвинулась значительно дальше и успешнее, чем в доказательной медицине. Мы опирались на таких выдающихся исследователей как:

1) Дональд Кэмпбелл (Donald T. Campbell), ученик Курта Левина и Э. Толмена, основоположник “дескриптивной эпистемологии” в методологии науки (“Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях” — СПб., 1996);

2) Барни Глезер (Barni Gleser) и Ансельм Страусс (Anselm Strauss), создатели т.наз. “обоснованной теории” (А. Страусс, Д. Корбин. “Основы качественного исследования” — М., 2001). Это пошаговые учебники овладения методом качественного исследования, также как

3) Первоначальное введение в феноменологию Лестера Эмбри (Lester Embree) — “Рефлексивный анализ” (М., 2005);

4) Превосходную монографию И. Штейнберга с соавт. “Качественные методы. Полевые социологические исследования” (СПб., 2009) и серию “Качествен-

ные методы в социальных исследованиях”, издаваемую Центром независимых социальных исследований в Санкт-Петербурге, придерживающихся методологии “понимающей социологии” Альфреда Шюца (A. Schütz), развившего идеи позднего Э. Гуссерля. В духе этого направления — не превращать в догму даже собственные принципы.

Знакомство с такого рода интердисциплинарной литературой — антропологической, этнографической, социально-психологической, социологической — особенно имеющих общий с психиатрией объект и проблематику, позволяет намного успешнее продвигаться в решении собственных задач. Как известно, даже родной язык понимается значительно тоньше, когда знаешь несколько иностранных языков.

Высокое понятие “клинический” означает, что врачевать и учиться можно только врачуя, обучая и исследуя. “Доказательная медицина” — термин, акцентирующий в триединстве понятия “клинической медицины” исследовательскую составляющую, вплоть до — в ее крайних формах — чисто индуктивного, даже чисто статистического подхода.

Таким образом, понятие “клинический” является более целостным, чем более аналитичное понятие “научный”, т.к. охватывает кроме научно установленного все то, что еще не вполне освоено наукой, например, бесконечное число новых индивидуальных комбинаций всевозможных факторов, что делает ее искусством врачевания. Но доказательная медицина выполняет важную роль “стража порога” в отношении новых лекарств и методов лечения.

⁶ Продеус А. Н., Захрабова Е. Н. Экспертные системы в медицине. — Киев, 1998.

⁷ Абрамов М. С. Иридодиагностика с компьютером. — Ташкент, 1991.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Одно или два заболевания?

Разбор ведет проф. Б. Н. Пивень (18 апреля 2013 г.)
Врач-докладчик — Н. А. Киселёва

Главный врач ПБ № 3 Г. П. Костюк. Уважаемые коллеги! У нас сегодня традиционный клинический разбор, однако на этот раз он особый, поскольку к нам приехал очень уважаемый профессор — Борис Николаевич Пивень, который 30 лет заведует кафедрой психиатрии и наркологии Алтайского государственного медицинского университета и является специалистом в области экзогенно-органической, смешанной психической патологии и экологической психиатрии. И я благодарен Юрию Сергеевичу Савенко за такое приглашение и хотел бы, чтобы такие приглашения, я имею в виду профессоров из других регионов, стали традицией.

Сегодня больного представляет наш первый филиал — 8-й диспансер, докладчик Наталья Александровна Киселева. И поскольку больной проходил неоднократно лечение в нашей больнице, содокладчиком выступит Татьяна Геннадьевна Гарина по стационарному этапу его лечения.

Ведущий. Уважаемые коллеги! Георгий Петрович! Я неожиданно в какой-то мере оказался перед вами. Дело в том, что в течение всех лет, когда стенограммы проводимых здесь клинических разборов публикуются в Независимом психиатрическом журнале, я был их заочным участником. Получив свежий номер журнала, я с интересом открывал в первую очередь клинический разбор и пытался соотнести свои знания, свое видение больного с видением его участников. В нескольких случаях я публиковал свое мнение на страницах журнала и писал, что, может быть, мне придется когда-то поучаствовать в разборах уже не заочно, а именно очно. Теперь это и произошло, благодаря Юрию Сергеевичу, предложившему провести этот разбор, за что я ему очень признателен. Полагаю, что совместные разборы и диагностика больных могут помогать находить общий язык между психиатрами разных территорий, сглаживать отличия в подходах представителей разных школ и направлений.

Врач-докладчик. Уважаемые коллеги! Согласно тематическому плану клинических разборов вашему вниманию представляется больной, страдающий шизофренией на органически неполноценной почве. Шнуров Николай Викторович (*ФИО изменены*), 1961 года рождения (52 года), находится в поле зре-

ния психиатров с 2004 года, когда впервые был госпитализирован в ПБ № 3 в недобровольном порядке дежурным психиатром по городу из отделения милиции.

Из анамнеза, со слов больного и данных меддокументации. Наследственность отягощена по линии отца. Родители развелись, когда ребенку было 5 лет. В дальнейшем отношения с отцом не поддерживались, сведениями о судьбе отца пациент не располагает. Мать по характеру строгая, специальности не имела, выполняла неквалифицированные работы. В дальнейшем повторно вышла замуж, от брака имеется младший брат. Отчим и младший брат больного злоупотребляли алкоголем.

Родился от первой беременности. Объективных сведений о раннем развитии у нас нет. Посещал детские дошкольные учреждения. С раннего возраста часто болел простудными заболеваниями. С детства наблюдался по поводу врожденного порока сердца, но в подростковом периоде диагноз был снят. Предположительно, перенес менингит (со слов пациента, которому об этом говорила мама). По характеру формировался тихим, робким, неуверенным ребенком. Своевременно поступил в 1-й класс массовой школы. Но с программой не справлялся и был переведен во вспомогательную школу, в школу-интернат 8-го вида в 1-й класс.

Учился удовлетворительно. Как он говорит, учиться было интересно. Был очень утомляем, уставал уже к концу 3-го урока. В школе имел друзей, с которыми любил гулять, ходил к ним в гости, но всегда был на вторых ролях. Пытался говорить с девочками, дружить с девочками, говорил им о своих чувствах, но они не обращали на него внимания. Переживал по этому поводу, снижалось настроение.

После окончания вспомогательной школы, продолжил обучение в вечерней школе. Учился плохо, но школу закончил. Поддерживал приятельские отношения с группой одноклассников. Одновременно работал учеником автослесаря, так как с раннего детства мечтал быть водителем. Служил в армии в строительных войсках в Казахстане. Часто подвергался неуставным отношениям, избивался сослуживцами, но

никогда не стационарировался, в госпитале не лежал, черепно-мозговые травмы отрицает.

По возвращении из армии работал разнорабочим, проживал с матерью, отчимом и сводным братом. Отношения в семье были формальные. В последующем для получения собственного жилья трудоустроился в ЖЭК работать слесарем-сантехником и проработал там 6 лет, получил комнату в коммунальной квартире от ЖЭКа. В этой квартире проживает по настоящее время с женой, ее бывшим мужем и сыном жены.

В период работы в ЖЭКе впервые отмечались спонтанные подъемы настроения с ощущением радости, счастья, самопроизвольно проходящие через 2 – 3 дня. В рабочем коллективе был малообщителен, но всегда старался поддержать компанию коллег. Стремился познакомиться с девушками, с этой целью разгуливал по улицам с громко включенным магнитофоном. Был уверен, что именно так он может привлечь внимание девушек. Отмечал, что они с удовольствием слушали музыку, при этом не понимал, почему эти девушки не принимали его ухаживания.

После увольнения из ЖЭКа, которое было спровоцировано натянутыми отношениями в коллективе (конкретную причину не раскрывает, объясняет общими фразами), по разным причинам часто менял места работы. Объясняет это вновь тем, что не сходился с коллективом. В период работы грузчиком в магазине неоднократно получал травмы головы при выполнении разгрузочных работ: на голову падали мешки с продуктами, другие тяжелые предметы. При этом неоднократно была черепно-мозговая травма, сопровождающаяся потерей сознания. К врачу не обращался, несколько дней сохранялись головные боли, тошнота, слабость, отмечал, что в дальнейшем стал быстрее уставать, с трудом выполнял свои обязанности, появлялась слабость, сонливость. Стал отмечать перепады настроения. При сниженном настроении часто бесцельно гулял по городу, свои переживания в этот период не раскрывает.

Сообщил, что в этот период сложились недолгие интимные отношения с некоей Еленой, продавщицей из магазина. Расстался с ней, так как она изменяла ему, часто не ночевала дома, долго переживал расставание с ней, отмечалось снижение настроения и аппетита.

Периодически навещал мать, но отношения с младшим братом и отчимом не поддерживал.

В 2004 году, за неделю до госпитализации в ПБ № 3, был избит незнакомыми людьми, у него отобрали паспорт, мобильный телефон. Доставлен в городскую клиническую больницу № 33 скорой медицинской помощью: осмотрен травматологом — перелом 10-го ребра, осмотрен нейрохирургом. Данных за черепно-мозговую травму не было, и пациента отпустили домой, самостоятельно покинул больницу.

На следующий день дома был возбужден, много речив, звонил в коммерческие фирмы, заказывал ре-

монт квартиры, новые окна, двери, полы, подходил на рынке к продавцам, показывал свой военный билет, говорил, что он сотрудник экологической милиции, требовал штрафы, говорил, что у него огромные счета в банках, что он директор крупной коммерческой фирмы. В связи с нелепым поведением был задержан сотрудниками милиции. В отделении милиции был осмотрен дежурным психиатром по городу и впервые направлен в психиатрическую больницу № 3, где находился с 3 августа 2004 по 30 августа 2004 года. На тот момент пациенту было 43 года.

В психическом статусе при поступлении. Сознание не нарушено, ориентирован правильно, понимает, где находится, знает свой возраст, контакту доступен. Себя называет “Антошиным”, говорит, что “раньше он был Шнуров, а вчера взял фамилию матери”. Настроение было приподнятое, многоречив, речь в виде монолога. Высказывания носят нелепый характер: утверждает, что должен получить международные права сотрудника экологической милиции, что на днях выиграл крупную сумму денег в лотерею, намерен открыть свою фирму “Антошины и Черновы” по продаже бытовой техники. Суждения примитивные, интеллект низкий. Охотно дал согласие на лечение в стационаре, так как “намерен оказать материальную помощь больнице и проследить за проведением ремонта”. Наличие голосов отрицает, критика к своему состоянию отсутствует. В отделении первые дни был многоречив, суетлив, навязчив к персоналу с различными нелепыми просьбами.

При психологическом исследовании на первый план выступает грубое интеллектуальное снижение по органическому типу на фоне значительной истощаемости, сужения объема психической деятельности. Мнестическая сфера сохранена.

Осматривался неврологом в больнице. Острых очагов менингеальной симптоматики не выявлено, выставлен диагноз “энцефалопатия сложного генеза”. В больнице ему проводилось УЗИ, УЗИ печени, выявлена жировая дистрофия печени и билирубинемия (данные не указаны).

Получал лечение: галоперидол — 15 мг/сутки, аминазин — 50 мг/ночь, лития карбонат — 900 мг/сутки, циклодол — 6 мг/сутки, витаминная терапия — циннаризин.

В процессе лечения состояние значительно улучшилось. Стал спокойнее, адекватнее, настроение выравнивалось, появилась частичная критика к перенесенным психотическим переживаниям. Говорил, что “был не в себе”, что он “обыкновенный человек”, был согласен на прием поддерживающей терапии. Выписан с рекомендациями по продлению амбулаторного лечения: галоперидол — 9 мг в сутки, циклодол — 6 мг, пиклодорм — на ночь.

Консультирован профессором Гориновым. Выставлен диагноз: “органическое аффективное расстройство психотическое маниакальное”. Выписан

домой под наблюдение ПНД. Взят на диспансерное наблюдение.

После выписки диспансер посещал эпизодически, от лечения отказывался, заявляя, что у него нет денег на лекарства, так как очень много задолжал. Себя больным не считал, продолжал работать разнорабочим.

С 2004 года, это практически сразу после выписки, по 2006 год жил у матери в другом районе, ухаживал за ней, так как мать после ампутации ноги практически не вставала. Сообщает, что очень хотелось куда-нибудь сходить погулять, но из-за чувства ответственности не мог себе позволить оставить мать без помощи.

После смерти матери в 2006 году около 3-х месяцев практически не выходил из дома, не хотел ни с кем общаться, похудел, объясняет это тем, что скучал по матери. Был вынужден вернуться домой в коммунальную квартиру. По инициативе соседки оформил с ней брак.

28 августа 2008 года в диспансер обратился пациент с супругой с просьбой о госпитализации в психиатрическую больницу в связи с его неадекватным поведением. Жена больного сообщала, что он гуляет ночью по городу, собирает использованные шприцы, приносит их домой. На замечания не реагирует. С работы был уволен из-за конфликта.

Был осмотрен участковым психиатром и госпитализирован в ПБ № 3, где находился с 26 августа 2008-го по 23 октября 2008 года. На тот момент пациенту было 47 лет.

Психический статус при поступлении. В сознании, ориентирован, настроение приподнятое, многоречив, темп речи ускорен, речь невнятная. Постоянно повторял, что “пострадал из-за любви”, “из-за сотовой связи”. Говорит, что “вел себя прилично, ни о чем плохом не думал, а его не поняли”. Утверждал, что “собирал использованные шприцы в качестве доказательств, хотел помочь милиции поймать наркоманов, а его опять не поняли”. Держится с переоценкой, уверен в своей сексуальной привлекательности. Суждения примитивные, жаловался на слабость, боль в области грудной клетки, говорил, что его ударили. Охотно дал согласие на лечение, говорил, что ему “надо выспаться, отойти и забыться от любви”.

В отделении первое время настроение оставалось приподнятым. Больной многоречив, навязчив с различными нелепыми вопросами. В дальнейшем состояние значительно улучшилось, стал спокойнее, упорядочилось поведение, появилась критика к своему состоянию. Тяготился нахождением в отделении. Женой не навещался, к телефону никто не подходил. Жена была у врача один раз, просила оформить группу инвалидности, но никаких лекарств не назначать. Был выставлен диагноз: “органическое психотическое маниакальное расстройство”, сопутствующий диагноз “хронический бронхит”, “хронический гепатит”. Получал: флюанксол — 15 мг в сутки, седалит

— 900 мг, циклодол — 6 мг в сутки, реладорм. Выписан с рекомендацией на продление вышеуказанной терапии. Рекомендовано лечение и наблюдение в ПНД.

После выписки из ПБ № 3 диспансер посетил однократно. Была выписана поддерживающая терапия согласно рекомендациям ПБ № 3.

Был направлен на консультацию к психологу, ввиду социальной дезадаптации, ухудшения психического состояния.

По результатам обследования планировалась консультация с председателем бюро МСЭ для разрешения вопроса о дальнейшей трудовой деятельности. Однако больной на обследование не явился, перестал посещать диспансер, отказался от лечения, не открывал медперсоналу дверь, жена сведений о больном не давала.

12 сентября 2011 года пациент обратился в диспансер с жалобами на ухудшение состояния. Сообщал, что ощущает за собой слезку, ведущуюся на машинах, периодически усиливалась тревога, страх, нарушился сон. Отмечал частые слуховые псевдогаллюцинации, в том числе императивного характера. Перестал справляться с работой дворника, конфликтовал на работе. Дал согласие на лечение в больнице, где находился с 12.09.2011 по 01.11.2011. На момент этой госпитализации ему 50 лет, 3-я госпитализация.

При поступлении в стационар психический статус определялся хроническими псевдогаллюцинациями и бредовыми расстройствами, астенизацией, незначительным мнестическим снижением, снижением общей продуктивности, нарушением критичности. Был тревожен, беспокоен, предъявлял жалобы на страх. Фон настроения был снижен, сообщал, что его преследуют незнакомые люди, отмечал слезку за собой. Утверждал, что в просоночном состоянии слышит голоса, чаще мужские, которые пытаются управлять его действиями. Периодически выполнял их приказы, говорил, что ему показывают сны угрожающего характера, из-за этого уходит из дома и не может спать. Суждения примитивные, интеллект невысок, критика к состоянию снижена.

В отделении первое время был тревожен, беспокоен, высказывал опасения, что его преследуют, плохо спал. В ходе лечения у пациента выровнялся фон настроения, наладился сон, аппетит, ушли голоса, бредовые переживания практически полностью дезактуализировались. Пытался участвовать в трудотерапии, но быстро астенизировался. В связи с неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом был направлен в больницу на МСЭ, определена 2 группа инвалидности, установлен диагноз “шизофрения параноидная непрерывный тип течения на органически неполноценной почве, галлюцинаторно-бредовой синдром на фоне дефицитарных изменений личности”.

При обследовании психологом были выявлены изменения по органическому типу. Получал лечение:

галоперидол, циклодол, пиразидол, карбамазепин, циннаризин.

1 ноября 2011 года был выписан из ПБ № 3 под наблюдением психиатра по месту жительства с рекомендациями по продолжению лечения: карбамазепин — 200 мг в сутки, пиразидол — 25 мг утром, трифтазин — 15 мг в сутки, циклодол — 6 мг в сутки.

После выписки из больницы диспансер посещал регулярно, но к назначенной терапии был не compliant, в связи с чем в схему лечения был добавлен модитен депо по 1 мл в/м 1 раз в месяц. К своему заболеванию относился с недостаточной критикой. Несмотря на возражения жены, рано утром уходил из дома и до позднего вечера ездил бесцельно по Подмосковию на электричках и автобусах. В связи с отказом от лечения состояние вновь ухудшилось: актуализировались бредовые идеи преследования, обострились слуховые псевдогаллюцинации, появилась тревога, нарушился сон, в связи с чем в 4-й раз госпитализирован участковым психиатром в ПБ № 3 с прежним диагнозом.

Находился на лечении в больнице (это 4-я госпитализация) с 29 января 2012 года по 01 марта 2012 года.

Психическое состояние при поступлении: беспокоен, тревожен, жалуется на страхи, сообщает, что его преследуют посторонние люди. Узнает машины, которые отслеживают его передвижение. Утверждает, что в просоночном состоянии слышит голоса, чаще мужские, периодически выполняет их приказы.

В больнице сделан биохимический анализ крови, выявлено повышение уровня АСТ. В больнице получал: трифтазин, циклодол, пиразидол, сибазон и депакин-хроно.

После выписки из больницы на протяжении первых трех месяцев регулярно являлся в диспансер, получал рекомендуемое лечение. Учитывая неcompliance в приеме лекарств, вновь был переведен на ежемесячные инъекции модитен-депо. Последняя инъекция сделана в июне 2012 года. В дальнейшем опять прекратил посещение диспансера и лечение.

Со слов жены, примерно в августе-сентябре 2012 года, без видимой причины, с частотой 3 – 4 раза в неделю, иногда ежедневно, у пациента отмечался энкопрез.

С конца сентября 2012 года на фоне депрессивных расстройств вновь обострилась прежняя галлюциаторно-параноидная симптоматика, в связи с чем в 5-й раз (это последняя госпитализация) 13.10.2012 года был направлен в ПБ № 3, диагноз прежний. Выписан 14 ноября 2012 г.

Психическое состояние при поступлении аналогично предшествующей госпитализации: те же бредовые расстройства, те же галлюциаторные расстройства, совершенно монотонное клише, без добавлений. В больнице явлений энкопреза не выявлялось.

Из заключения психолога (впервые выявлено в больнице): на первый план выступают специфиче-

ские процессуальные нарушения мышления, разноплановость, искажение процессов обобщения, расплывчатость, снижение мотивационного компонента деятельности на фоне эмоционально-личностных изменений, параноидный настрой, снижение критики на органически неполноценной почве.

После выписки из ПБ № 3 отказывался от посещения участкового врача. При посещении на дому отказывался от предлагаемого лечения, мотивируя это тем, что от лекарств у него возникают понос и боли в животе.

После многочисленных приглашений явился в начале марта 2013 года на прием к врачу.

В психическом статусе отмечалось: ориентирован правильно, контакт малопродуктивный, фон настроения снижен, в беседе вял, безынициативен, монотонен, держался скованно, мимика малодифференцированная, невыразительная. На вопросы отвечал в плане заданного, кратко, часто формально. Анамнестические данные давал частично, ссылаясь на забывчивость. Активно жалоб не высказывал, но при настойчивых расспросах удавалось выявить, что периодически в ночное время в период засыпания (реже в дневные часы) возникают мужские и женские голоса, слышит их в голове, голоса либо комментирующего, либо императивного характера. Голоса заставляли его идти в диспансер, настаивали на разводе с женой, требовали идти на улицу в ночное время и не бояться машин. Эмоциональные переживания при этом маловыраженные, малодифференцированные. Жаловался, что устал от голосов, не знает, что с ними делать, что они угнетают, из-за чего значительно снизилось настроение. Перестал смотреть любимые передачи и слушать музыку. В процессе беседы стал более открыто говорить о своих переживаниях, сообщил, что иногда бывает ощущение, что за ним следят, и из-за этого появляется выраженная тревога. Тем не менее, о своих переживаниях рассказывает путано, кратко. Рассказывает, что порой мысли в голове путаются, иногда теряются. Отмечает, что сон стал прерывистым, беспокойным, с устрашающими сновидениями. Без эмоциональной окраски сообщал, что по-прежнему продолжают явления непроизвольной дефекации с частотой 2 – 3 раза в неделю. В процессе беседы истощается, астенизируется, появляется одышка в покое. Сообщает, что плохо переносит духоту, яркий свет, что эпизодически при напряжении возникают головные боли. Мышление аморфное, суждения примитивные, ведет малоактивный образ жизни, одинок. Дома проводит практически всё время на диване, лежит, бездеятельный. Ежедневно по требованию жены провожает ее до автобуса и встречает с автобуса, помогает донести сумки. По требованию жены сопровождает ее при необходимости в магазин, при этом сам покупки не делает, пассивно подчиняется жене. Самостоятельно ходит только в парикмахерскую с определенной суммой денег, выделенной же-

ной на стрижку. Планов на будущее не имеет. Критические способности нарушены.

Больному была изменена схема лечения: назначен антидепрессант адепресс — 20 мг утром и заласта депо первые дни 5 мг, затем 10 мг на ночь, вечером.

На фоне проводимого лечения состояние несколько улучшилось, стал активнее. Охотнее отвечает на вопросы, улучшился аппетит. Несколько повысился фон настроения, купировались проявления энкопреза, улучшился сон, поблекла галлюцинаторно-параноидная симптоматика.

Осмотрен психологом, проведено патопсихологическое обследование в диспансере.

По заключению психолога: выявляются выраженные нарушения мышления по эндогенному типу в виде нецеленаправленности мыслительного процесса, разноплановости и непоследовательности суждений, неадекватности ассоциаций, искажения процесса обобщения на нерезко выраженном органическом фоне при замедленности темпа умственной работоспособности, нарушениях внимания, снижения памяти у личности с изначально невысоким интеллектом, признаками уплощения эмоционально-личностной сферы, аффективными нарушениями тревожно-панического характера с паранойяльными наслоениями.

Такой больной представляется вам сегодня на клинический разбор.

Ведущий. Наталья Александровна, спасибо. Вопросы врачу-докладчику.

— *Он пьющий, нет?* — Он эпизодически, может быть, очень редко употреблял алкоголь. В последний год не употреблял даже пиво. То есть, он никогда не был пьющим человеком. Вы, наверное, по поводу жировой дистрофии печени, задаете вопрос? — *Да, и трансаминазы...* — И трансаминазы повышены, да, в одном случае. Но дело в том, что в первой выписке из больницы написано, что он поступил с асфиксией. Он плохо питался, я так думаю. Может быть, какие-то перенес еще заболевания, может быть, даже гепатит, но нет достаточных сведений. Объяснить, откуда у него хронический гепатит, не представляется возможным.

Ведущий. У меня несколько вопросов.

— *Я как-то не понял, вначале прозвучало, что травмы головы отрицает, а потом оказывается, несколько раз был избит.* — Нет. Может быть, я оговорила, но... — *Да, вот это. То есть, избивали и что-то похожее на травму было, да?* — Нет. Когда избивали, он говорит, что всё было хорошо, по голове не били. А вот когда он работал грузчиком в магазине... — *Там тогда мешками...* — Да, да. И плюс еще, как бы с его слов и со слов матери, он перенес менингит. — *Да. А вот еще, я, наверное, пропустил. В армии он служил или нет?* — Служил, в строительных войсках. — *Строительные, да? Там вредностей не было никаких?* — Не было. Но там часто были неуставные отношения, он часто избивался. — *То есть, это все-таки тоже важный момент.*

— А когда литием лечили, это была терапия под контролем содержания лития? — Вы знаете, как только он выписывался из больницы, он не принимал практически лекарств. Вначале не принимал, говорил “нет денег”, а потом не принимал, говорил, что “у него болит от этого живот и что у него понос”. А жена такая, у них формальные отношения, по существу фиктивный брак, она не отслеживает прием лекарств, и он, я думаю, их не принимал. Поэтому на пролонги приходилось его переводить, чтобы хоть что-то получал.

— *Наталья Александровна, а вот еще такой вопрос. Как-то прежде просматривалась связь настроения и симптоматики, продуктивное какое-то его поведение?* — У него на фоне повышения аффекта однократно был любовный бред, он влюбился в свою начальницу, считал, что он добился от нее взаимности, особых отношений. Потом он вынужден был уволиться с работы. И потом поступления связаны с измененным аффектом: первые два поступления — на фоне положительного аффекта, он поступал в маниакальном состоянии, а три последних госпитализации — это в депрессивном состоянии. — *Это депрессии, похоже, да?* — Депрессии, да. — *И с элементами критики? Он говорит, что как-то мешает ему вроде бы ...?* — Если первый раз он выписался из больницы, и он говорил, что “да, я правильно здесь находился, потому что я был не в себе”, то последний раз такая достаточно формальная критика, по типу: “ну, положили, ну, полечили”.

— *Понятно. Теперь вот еще скажите, пожалуйста, дополнительные исследования на предмет поражения мозга какие-то проводили? Глазное дно, ЭЭГ, ЭхоЭЭГ?* — Глазное дно — норма. Эхо и ЭЭГ не делались в больнице. — *Томограмма?* — Нет, не делалась, к сожалению. — *А какая-то терапия проводилась ему в связи с органическим заболеванием? Оно клинически констатировано, а вот как-то не прозвучало.* — В больнице прозвучал только циннаризин... Содокладчик об этом скажет. — *Тогда всё, спасибо. Теперь Татьяна Геннадьевна.*

Т. Г. Гарина. Докладчик так хорошо представил пациента, мне особо добавить нечего. Энцефалограмму ему действительно не делали. Видимо, возможности не было на тот момент, когда всё это происходило.

Единственное, что хочется добавить, что в 2011 году существовало мнение, еще до того, как был поставлен диагноз “параноидная шизофрения”, существовало мнение профессора Циркина Сергея Юрьевича о том, что это “детский тип шизофрении, эпизодическое течение со стабильным дефектом, неполная ремиссия”. — *Детский тип? А в каком возрасте? В докладе прозвучало, где-то к 40 годам? Так ведь?* — Нет, он под наблюдением диспансера с 2004 года. Он с детства отставал в психическом развитии. — *Ну, отставание, да. Но отставание не понятно* — Он сказал, что существует такое мнение. — *Понятно.*

Так, еще что-то хотели добавить? — Наверное, ничего.

Ведущий. Хорошо. Спасибо. Коллеги, кто-то еще вел его в диспансере или в стационаре? Дополнить мог бы кто-то?

Врач-докладчик. В диспансере только я вела. — Тогда я спрошу у Вас. Вы много лет его наблюдали, как-то он снижает постепенно в эмоциональном плане, как Вы подчеркнули, это четко видно, да? — Да.

— У него оформлена инвалидность? — Да, у него 2 группа инвалидности. — Давно? — С 2011 года. Он в 2012 году подтверждал, тоже в больнице во время последней госпитализации.

— А сейчас лечение какое? — Сейчас адепресс 20 мг утром и заласта депо 10 мг вечером. Пока ему дополнительно ничего не назначала ни нормотимики, ни сосудистые препараты, чтобы хотя бы что-то принимал, чтобы чуть-чуть улучшить его состояние.

Ведущий. Давайте пригласим больного.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Николай Викторович, сюда, пожалуйста, садитесь. Вы не против с нами побеседовать? Это все врачи. Не против поговорить с нами? — *Не против.* — Не против. А чуть громче можете говорить? Чуть-чуть погромче, чтобы докторам было слышно, а то там далеко не очень хорошо голос будет слышен. — *Меня беспокоят голоса.* — Голоса беспокоят, да? А что это за голоса? Где, откуда они слышны? — *Начинали в голове самой.* — В голове? А как Вы считаете, другие люди могут эти голоса слышать? Вот Вы слышите, а другие люди слышат их или нет? — *Я считаю, что нет.* — А как так: Вы слышите, а люди другие не слышат? Как так, почему? — *Они ночью, когда спать ложусь.* — Ночью, да? Но Вы предполагаете, откуда голоса эти идут? Кто их вызывает, эти голоса? — *Я не знаю.* — Не знаете. Догадываетесь, может быть? — *Нет, я не пытаюсь думать об этом.* — Не пытались? А давно голоса стали возникать у Вас? — *Где-то с августа 2011 года.* — До этого не было никогда? — *До этого не было.* — Теперь скажите, пожалуйста, а не было ли каких-то зрительных образов необычных, того, чего нет? Вот как голоса: вроде бы не должно быть, а образы появляются зрительные. — *Нет, образов не было.* — Скажите, пожалуйста, кроме того, что есть голоса, которые Вас беспокоят, что-то еще мешает Вам, есть какие-то еще жалобы на самочувствие? — *Предчувствие того, что за мной кто-то следит с машины. С большой машины.* — Как бы следит? Это уверенность, что следят или предположение? — *Кажется только.* — Кажущееся... А как это, одни и те же люди или какие-то разные совсем? — *Нет, голоса разные.* — Нет, вот люди, Вы говорите, следят из машин? — *Тоже разные.* — Разные, да? Знакомые, незнакомые? — *Нет, незнакомые.* — А в голове говорят знакомые голоса или нет? — *Нет, ме-*

няются. — Меняются они. И знакомые бывают? — *Бывают иногда и знакомые.* — А о чем они говорят, эти голоса? — *Ну, чтобы я с женой не спал, ночью гулять просят выйти. Меня жена не пускает, естественно, ночью ...* — То есть, прямо заставляют что-то делать? — *Да.* — Это неприятно Вам? — *Чтобы с женой развелся.* — Неприятно это Вам? — *Да, неприятно, конечно.* — Это идет на каком настроении: на обычном, пониженном, повышенном? — *Нет, ну, настроение, на пониженном больше идет.* — Больше пониженное. А что вначале: настроение плохое, а потом эти голоса и эти преследования? — *Но когда только засыпаю, и они возникают ...* — А вот на улице, которые следят за Вами, эти люди, это когда хорошее настроение или плохое, или ровное? — *Ровное.* — Когда ровное, да? А как часто Вы замечаете эту слезку? — *Когда на улицу выхожу.* — Что, каждый раз? — *Да, жену провожать.* — Вы жене говорили о том, что слезка идет? — *Да, она знает.* — А она как считает? — *Она считает, что это мне только кажется.* — Она может Вас разубедить? Ну, вот бывает же, показалось человеку что-то и всё? — *Почему? То, что может только, такое не разубедишь, ночью подключаются.* — А как “подключаются”? Что Вы имеете в виду, что значит “подключаются”? — *Голоса в голове начинают говорить.* — А Вы сказали “подключаются”, через что-то “подключаются” они что ли? — *Нет, просто голос в голове.* — А нет ли какой-то связи вот с этими людьми, которые следят за Вами и которые голоса вызывают? — *Не знаю. Может быть, и есть.* — Но так Вы не обращали на это внимания, то есть, это так, скорее всего, или нет? — *Да, мне казалось.* — А скажите, пожалуйста, раньше когда-то, много лет назад, были похожие случаи, чтобы такое впечатление было, что кто-то следит за Вами, смотрит? Раньше когда-нибудь? — *Я раньше как-то этого не замечал.* — Не замечали. Это сколько, 2 года последние у Вас появилось? — *Вот с августа 2011 года.* — Ну значит, полтора года уже теперь, да?

— Теперь скажите, пожалуйста, что-то еще беспокоит, кроме голосов, кроме слезки, что-то еще мешает Вам? — *Бессонница.* — Сон нарушен? — *Да.* — А как он нарушен? Засыпаете плохо, просыпаетесь часто? — *Засыпаю плохо и просыпаюсь тоже часто.* — Тогда голоса бывают, да? — *Да.* — Не они мешают Вам засыпать и просыпаться? — *Ну, мешают, конечно.* — Мешают они. А днем бывают голоса эти? — *Нет, днем нет.* — Днем нет, только ночью? — *Только ночью.*

— А головные боли бывают у Вас? — *Бывают иногда.* — Иногда? А как болит голова? — *В висках, в висках.* — Виски, да? А что помогает, какие лекарства головную боль помогают устранить? — *Пенталгин я пью, анальгин.* — А давно головные боли стали появляться? — *Ну как, вместе с голосами.* — До этого не

было? — *До этого не было.* — До этого не было головных болей.

— Скажите, пожалуйста, а как Вы холод переносите? Вот, говорят, в Москве зима морозная была. Как переносите холод? — *Я нормально переношу.* — Нормально. Жару хорошо тоже переносите? — *Нет, жару хуже.* — А что на жаре хуже? — *Если свыше 25 градусов, то похуже немножко.* — А что тогда похуже, в чем похуже? — *На самочувствии сказывается.* — А как на самочувствии: вялость, слабость или что? — *Да, вялость, слабость, усталость.* — Так именно? А Вы заранее можете сказать, что погода будет меняться? — *Нет, такого не могу сказать.* — Такого нет, да? А как транспорт переносите? Ну, автобус, троллейбус, когда народу много? — *Троллейбусы, транспорт я хорошо, нормально переношу.* — Не укачивает, нет? — *Нет.*

— А как алкоголь на Вас действует? Если немного выпьете, как будете чувствовать себя? — *Похуже, конечно.* — А в чем похуже? — *Ну, градусы все-таки.* — Но градус — это градус. В чем похуже будете чувствовать, если немного выпьете? — *Настроение меняется.* — А как меняется, в какую сторону — хуже, лучше? — *В худшую.* — В худшую. Плохо бывает? — *Да.* — А часто выпиваете, нет? — *Я вообще не пью.* — Вообще не выпиваете? — *Вообще не пью.*

— Скажите, пожалуйста, когда-нибудь бывает, чтобы было чувство измененности собственного тела: больше, меньше в размерах тело становится? Чувство такое именно? — *Нет, такого нет.* — Нет. А чтобы окружающие предметы изменились тоже в размерах, форме, чувство тоже? — *Нет.* — Такого не было? Так никогда не бывает: чтобы что-то делали и не помнили совсем, как это случалось с Вами? Куда-то пошли, с кем-то встречались и не помнили совсем потом? — *Такое бывало.* — А как это было, расскажите. — *Просто забываю, память...* — Просто события какие-то забываете? — *Да.* — А так, чтобы себя не осознавали в тот момент, не было такого? А так никогда не бывает, что оказавшись в каком-то новом месте, среди новых людей незнакомых, возникало чувство, что это случалось уже много раз, виделись, встречались с этим? — *Нет, такого не было.* — Такого не было. А в знакомом месте не появлялось чувства, что все вокруг какое-то непонятное, незнакомое, не было такого? — *Такое было несколько раз.* — А как это? — *Просто не в своей тарелке чувствуешь.* — А как понять “не в своей тарелке”, что это значит? — *Такое предчувствие, какое-то дурное.* — Именно предчувствие? Предчувствие дурное, что что-то случится что ли? — *Да.*

— А скажите, пожалуйста, Николай Викторович, Вы как-то за последнее время изменились по характеру — более общительным, менее общительным стали? — *Менее общительным.* — А от чего это, как Вы думаете? Неинтересно стало, плохо чувствуете... — *От болезни, наверное.* — А что вы “болезнью” назы-

ваете? — *Ну, то что “голоса”.* — “Голоса”, это болезнью называете, да? Скажите, пожалуйста, еще раз, а в детстве все-таки когда-то было что-нибудь похожее: голоса там какие-то, мысли неприятные, что кто-то... — *Я про детство не помню.* — Не помните? С какого времени не помните себя, со скольких лет себя помните? — *Как в школу пошел.* — Вот с того времени, тогда не было чего-то похожего? — *Такого не было.* — А в школе как Вы успевали? — *На тройки.* — Трудновато учеба давалась? — *Трудновато.* — А какие предметы не очень хорошо давались Вам? — *Математика, черчение.* — Математика, черчение. А другие предметы лучше давались? — *Лучше.* — А память в школе хорошая была? — *Да, в школе хорошая.* — В школе хорошая была память. А в детстве не угорали Вы, в частном секторе не жили? В домах частных? — *Нет.* — Не угорали, не было такого? — *Нет.*

— А вот Вы говорили доктору лечащему, что у Вас менингит был или что-то? — *В детстве был, говорят.* — “Говорят”, это с чьих слов? — *С матери.* — Со слов мамы, да? А в детстве головных болей не было у Вас, нет? — *Нет, я просто болел часто.* — А чем часто болели? — *Детскими болезнями.* — А какие детские, они же разные бывают? Какие детские? — *Я не знаю. Мать знала.* — Просто она говорила, что “детские болезни были”? — *Да.*

— Теперь скажите, пожалуйста, в армии Вы служили в строительных войсках? — *В строительных войсках, да.* — Там были какие-то вредности: краски, много красили, что-то еще, объекты какие-то? — *Было, конечно.* — А что было? — *Краски, запах, у меня голова болела после этого.* — От запаха болела, побаливала голова, да? — *Да.* — Быстро проходило потом или нет? — *Да нет, не очень.*

— А скажите, как память у Вас в целом, если Вы вспомните себя как раньше и как сейчас, как память? — *Сейчас похуже.* — Похуже, да? А на что память не очень хорошая у Вас? — *На даты, на числа.* — Раньше лучше была память, а теперь на даты и на числа стала похуже память? — *Да.* — А Вы человек по характеру спокойный или можете легко возбудиться, обидеться? Можете вспылить, если кто-то что-то не так скажет Вам? — *Нет, такого нет.* — Такого нет? Спокойный такой человек по характеру? — *Да.*

— Скажите, пожалуйста, а у Ваших близких по маминой линии, по отцовской было так, чтобы у кого-то тоже голоса были или лечился у неврологов, у психиатров? Были такие у Вас родные? — *У меня только родной отец на учете психдиспансера состоял.* — Психдиспансера? А что у него было, почему он... — *Я не знаю. Мать знала.* — Он не выпивал? Не по поводу выпивок состоял? — *Нет, по-другому.* — Что-то другое? А Вы давно отца не знаете своего, не видели, вернее? — *Давно. Он уже давно умер.* — А, он умер уже. — *И мать, и отец умерли.* — И мама. А мама от чего умерла? — *Остановка сердца.* — А отец от чего? — *То же самое, остановка сердца.* — Тоже остановка?

Было так, что он выпивал излишне? — *Это я не знаю.* — Не знаете? Но знаете, что он наблюдался в диспансере по какой-то причине? А у Вас братья, сестры есть? — *Младший брат есть. Но я с ним не общаюсь.* — А почему? Как так получается? — *Но у него другая жизнь. Мы от разных отцов.* — А, от разных отцов, поэтому как-то... А он чем занимается, этот брат Ваш? — *Не знаю.* — Даже не знаете. Просто знаете, что он есть. Он здесь, в Москве живет? — *Да, в Москве.*

— Скажите, пожалуйста, вот Вы разные лекарства получали, какие лекарства действуют на Вас так хорошо, что устраняют галлюцинации, то, что Вы называете “голосами”, да то, что настроение улучшают, какие это лекарства? — *Циклодол я знаю.* — Циклодол, ну так, еще что? — *Адепресс.* — Но вот он уже сразу за помощью к доктору обратился. Адепресс, хорошо. Хорошо лекарства переносите? — *Да, хорошо.*

— Теперь, скажите, пожалуйста, вот Вы работали там, где мешками как-то травмы получали, ударяло мешками Вас? — *Ну, да, было такое.* — Было. Сознание теряли когда-нибудь при ударах? — *Сознание терял, да.* — Не тошнило потом? — *Да нет, не особо тошнило. Подташнивало, но не особо.* — А сознание надолго теряли? — *Не знаю. Я не спрашивал, насколько.* — Но примерно сами можете определить, сколько — на миг там, на час? — *Ну, минут на 5, на 10.* — Несколько минут. Несколько раз так было, да? — *Ну, раза 3 за всю жизнь.* — А вот еще какие-то неприятности были, что ограбили Вас, по голове били, были удары по голове? — *Нет.* — А сознание теряли при ударах? — *При ударах, да.*

— Теперь скажите, вот эта слезка идет, это все-таки большие группы людей или группы небольшие? — *Я не знаю это.* — Но как Вы предполагаете? Я понимаю, что трудно посчитать. — *Наверное, небольшие.* — Небольшие группы. Они меняются что ли всё время? — *Да, меняются.* — А одна и та же эта тема преследований, что следят и всё, или как-то по-разному? — *Нет, одно и то же.* — А что им нужно? — *Не знаю.* — Не пробовали как-то уточнить это? — *Не пытался.*

— Вот еще, Николай Викторович, как-то был такой момент, что Вы шприцы собирали, хотели наркоманов вывести на чистую воду? Потом Вы обращались к кому-то с этим? Было такое или, может, я перепутал что-то? — *Что-то было такое.* — Было, да? Настроение какое тогда у Вас было? Настроение приподнятое, ровное? — *Приподнятое.* — А часто приподнятое настроение было у Вас? — *Да нет, сейчас пореже.* — Пореже, да? А когда настроение приподнятое, то есть какое-то желание что-то делать, активность какую-то проявлять? — *Есть, конечно.* — А в чем эта активность проявляется? — *Работать, например.* — Ну, например, что тогда можете делать, как работать? — *Нет, но я хожу, жене в магазин помогаю ходить, встречаю и провожаю.* — Это по Вашему желанию или она как-то Вас так активизирует? —

Нет, я по своему желанию. — По своему желанию, да? А с женой Вы сколько времени уже вместе живете? — *Официально расписаны 6 лет.* — Ну, а неофициально сколько знаете ее? — *25 лет.* — 25 лет. Она когда-то говорила, что Вы как-то изменились немного по характеру, как-то Вам говорила? — *Да.* — А в чем, она говорила, Вы изменились? — *Я не знаю.* — Просто говорила “изменились” и всё, да? Ну, ясно. Хорошо.

Коллеги, вопросы, пожалуйста. Вопросы Николаю Викторовичу.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

— За эти полтора года был момент, что вообще не было голосов? Или они всё время — каждый вечер и каждую ночь? — *Ну, в основном каждую ночь.* — А чтобы не было? — *Когда их не было, их не было. А так они каждую ночь почти.* — То есть, за полтора года каждый день, да?

— Скажите, пожалуйста, когда у Вас было последний раз хорошее настроение? — *Дня три назад, наверное.* — А что значит для Вас “хорошее настроение”? — *Тонус хороший, настроение хорошее.* — А в большей части эти полтора года какое настроение? — *Больше подавленное.* — А в большей части просто апатия или что-то в груди давит? — *Апатия, вялость.* — Вялость. А в груди не давит? — *Нет.* — Тоски не бывает? — *Нет.* — А мешает Вам это, хотели бы избавиться от плохого настроения? — *Конечно.*

— А настроение утром и вечером меняется? — *Меняется, конечно.* — А как меняется? — *Ну, как, по времени.* — А когда лучше, когда хуже? Какое время дня лучше, когда похуже? — *Ну, к вечеру обычно портится настроение.*

— Николай Викторович, скажите, а голоса днем не бывают? — *Только ночью.* — А что было ночью, какие голоса, про что? — *Ну, что мне не спать, на улице чтобы шел гулять, с женой чтобы не спал.* — И какие голоса мужские или женские? — *И мужские, и женские.* — И что они говорили? — *Ну, чтобы я, говорю, чтобы с женой не спать, чтобы в магазин не ходить, там еще что-то.* — Куда еще нельзя ходить? — *В магазин чтобы не ходил помогать, жену не провожал.* — И дома так было, да? — *Но это дома, да.* — А может, правда кто-нибудь говорил ночью? — *Да нет, это только голоса.* — Вы не проверяли потом? Не проверяли, не спрашивали людей? — *Не проверял.* Как я ночью проверю? — Нет, не ночью, а на другой день днем? — *Днем они не появляются.* — Может действительно кто-то что-то говорил? — *Нет, но днем они не появляются, только ночью.* — Я понимаю, что днем не появляются. А Вы проверяли, это были действительно голоса в голове ...? — *В голове. Нет, в настоящий момент нет, именно только те голоса, которые в голове появляются.* — Настоящие голоса? — *Конечно, настоящие были.* — А кто говорил,

от кого они были? — Ну, я откуда знаю, кто. Я же говорю, я знать не знаю. — Но все-таки Вы узнавали, кто говорит из знакомых? — Да нет, не узнавал. — Вы говорите “голоса были знакомые и незнакомые”. — Нет, но когда повторяются голоса просто и всё. Я откуда могу знать, кто. — Ну, хорошо. А что Вы днем делаете? Вы сейчас не работаете, да, у Вас инвалидность? Вы дома. — Дома, да, отдыхаю. — Что Вы делаете? — Отдыхаю. Телевизор смотрю. — Может быть, читаете что-нибудь? — Нет, телевизор смотрю. — А по телевизору что интересное ...? — Я в основном только новости смотрю. — И что там интересного для Вас? — Всё разное. — Новости интересные? — Просто события в стране узнаю, в стране и за рубежом. — Хоть что-то волнует Вас, западает в душу? — Бывает, иногда и западает. — А что? — Ну, какая-нибудь новость не очень приятная. — А какая новость была самая интересная в последние дни? — Ну, вот недавно умерла Маргарет Тэтчер, хоронили. — А кто она? — Бывший премьер-министр Англии. — А какие отношения у них были с Горбачевым? — Я не знаю, какие отношения. — А помнится что-нибудь из школы? В школе какие-нибудь предметы нравились? — История, русский язык. — А что помнится из истории? — Я сейчас не могу вспомнить. — Ничего не помните? — Много времени прошло.

Ведущий. Что говорите? — Еще долго? — А Вы что устали? — Конечно, устал. — Он устал, говорит. Но еще немного, еще несколько вопросов зададим. Хорошо? Можно будет еще? Несколько вопросов зададим.

— Вот Вы озвучили момент такой, когда Вам сны показывали. Это кто показывал и что за сны? — В последнее время снов нет вообще. — А это было в 2011 году, в ноябре. Вроде как сны Вам кто-то показывал нехорошие? — Нет, в ноябре я в больнице лежал. — Но в больнице то это как бы и было. Не помните сейчас? — Сейчас не помню. — А были еще моменты, что Вы как-то по городу бродили, гуляли? — Были, конечно. — Это что у Вас тогда было: сниженное настроение или Вам просто хотелось уйти из дома, погулять? — Просто хотелось уйти из дома, погулять. — А настроение было тогда какое? — Хорошее. — А чем Вы занимались на улице? — Просто гулял. — А было такое, чтобы спали на улице? — Нет. — То есть, возвращались, да? — Да.

Ведущий. Он устал. Но еще все-таки ответите, может быть, если спросят доктора, на 1 – 2 вопроса? Хорошо? — Отвечу.

— А вот голоса каждый вечер, они про одно и то же? Они одинаковые, одно и то же спрашивают, одни и те же голоса? — Нет, голоса разные. — Они разные, всё об одном и том же? — Об одном и том же, да. — Всё про жену и про то, что не ходи туда? — Ну, чтобы не помогал, не ходил в магазин, да, не спал с ней, чтобы я развелся. — А всё жены касается и всё, больше

ничего, а там, не знаю, с собой покончить, такого нет? — Нет. — Всё только в плане помощи жене, да? — Да.

Ведущий. Коллеги, давайте отпустим Николая Викторовича. Он уже устал. Спасибо Вам. Мы сейчас посоветуемся, как лучше помочь Вам. Хорошо? — Хорошо. — Спасибо. Выздоровливайте. До свидания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. Данные анамнеза, настоящего психического статуса, экспериментально-психологическое исследование, на мой взгляд, свидетельствуют о наличии у Шнурова хронического психического расстройства в форме параноидной шизофрении непрерывного типа течения на органически неполноценной почве, галлюцинаторно-бредовый синдром на фоне ... изменений личности. Прежде консультант-психиатр, о чем я прочла в выписке из медицинской документации, диагностировал у него детский тип шизофрении со стабильным дефектом. Сложно сказать, почему он учился во вспомогательной школе — или это умственная отсталость, или это такая вот педагогическая запущенность. Когда наш психолог его обследовал, IQ у него 83 — нижняя граница нормы.

— В каком возрасте он переболел менингитом? — Он не знает, к сожалению, и нет меддокументации. Это со слов его мамы. — В раннем возрасте, да? — До школы. Органические расстройства в детстве, безусловно, были. Но сказать про шизофрению не представляется возможным.

Врач-докладчик. У пациента наследственность отягощена по линии отца. Мы не знаем, правда, каким заболеванием он страдал, но наследственность не очень хорошая: ранний развод, отсутствие отношений с сыном, полностью не поддерживались ни им, ни сыном, ни матерью пациента. В детстве он часто болел простудными заболеваниями, предполагается перенес менингит. Имел в дальнейшем черепно-мозговые травмы. Потом экзогенное расстройство, как выяснилось сейчас из обследования, когда он служил в строительных войсках и отравлялся краской. Краски были некачественные в те годы, это давало органическое расстройство. Хронический гепатит, циклопатия сложного генеза — это всё дает нам основание говорить об его органически неполноценном фоне. Начиная с подросткового возраста, у него впервые появились эпизоды аффективных нарушений, которые стали приобретать более очерченный характер к 24 – 26 годам, когда вот эти все любовные переживания доходили, скажем, до бредовых каких-то расстройств. А с 2004 года это уже проявилось в структуре психотических расстройств. Диагноз в 2004 – 2008 года “органическое аффективное расстройство психотическое ...”. Имеется у нас и заключение невролога, который ставит ему циклопатию сложного генеза, и патопсихологическое обследование... А в

2011 году симптоматика заболевания изменилась значительно: появились слуховые псевдогаллюцинации, бредовые идеи преследования. Но у него очень необычные псевдогаллюцинации слуховые, они возникают у него только в период засыпания, это больше характерно для органических расстройств. И еще, что очень характерно, у него бред и галлюцинаторная симптоматика в течение всех этих 2-х лет идут в форме клише. У него нет такой усложняющейся симптоматики бредовой, всё очень монотонно. Вот эта монотонность бредово-галлюцинаторных расстройств еще раз нам говорит о том, что на течение заболевания шизофренией наложила большой оттенок органика или, наоборот, шизофрения наложила на органику. Это примитивная личность с такими стереотипными, клишированными психотическими эпизодами. Заболевание протекает непрерывно, но я не могу сказать, что грубо прогрессивно. Хотя он изменился в эмоциональном фоне, но не так глубоко, как можно было бы ожидать от другой личности с непрерывным течением заболевания. Что еще? В общем, диагноз, на мой взгляд, такой “шизофрения параноидная прогрессирующая на органически неполноценной почве”.

Ведущий. Спасибо, Наталья Александровна.

Коллеги, кто хотел бы еще выступить? Пожалуйста.

А. А. Глухарева. Больной, конечно, интересный, но не думаю, что речь идет о классической параноидной непрерывной шизофрении, потому что она не укладывается в классическую схему параноидного течения. Когда Сергей Юрьевич Циркин ставил “детский тип шизофрении”, я понимаю, что он имел в виду. Наверняка Сергей Юрьевич имел в виду аффективное расстройство с пубертатного возраста. Поскольку мы знаем его тенденцию к диагностике, поэтому и такие диагнозы ставятся достаточно часто у больных с легкой умственной отсталостью. Наверное, действительно преморбидная личность, в общем, примитивная, степень умственной отсталости, наверное, очень легкая. Но дело, в общем, не в этом. Действительно у него с определенного возраста дебютирует заболевание аффективными фазами. Это действительно психотические мании, которые сменяются депрессивными расстройствами. Но, может быть, они не классические, эти депрессивные фазы, без витальных переживаний, они с апатией, больше по апатическому типу. Тогда как мании очень яркие, с парафренными переживаниями, когда он становится банкиром, просит деньги, то есть, мании более отчетливые. Кстати, он и госпитализируется на психотических маниях. То есть, можно сказать, что это маниакально-бредовое состояние, но бред конгруэнтный маниакальному аффекту, поскольку он больше такого парафренного маниакального содержания. То есть, до определенного момента, пока не заговорили о 2011 году, я подумала, что это биполярное расстройство. Но в 2011 г. присоединяются психотические переживания другого регистра. Это вербальный псевдогаллюциноз достаточ-

но монотонный, однообразный, и бредовые идеи персекуторного содержания, тоже достаточно однообразные, монотонные, и с 2011 года они никак не изменяются ни в ту, ни в другую сторону, в общем-то, они монолитны без какого-то развития.

Так что, я предполагаю, что все-таки речь идет о шизофрении приступообразной. Сначала приступы были аффективными, а с 2011 года это монотонный приступ. Действительно, он производит впечатление дефектного больного, апатичного, измененного. Но, наверное, этому способствовала и органическая патопластика. Не думаю, что речь идет об органическом заболевании как таковом. Наверное, этот менингит отзвучал, он не внес, так сказать, никакой очаговости, никакой прогрессивности органической. То есть, органический психосиндром не получил никакого развития. Да, это органическая патопластика, которая выражается в его пассивности, в неактивности и в примитивности в этих малых, в неквалифицированных работах. Но, в общем, она не определяет течение его эндогенного заболевания, его процессуального заболевания.

По поводу лечения антидепрессантами. Я не вижу в этом никакого смысла, абсолютно. Знаете, органик, хорошо переносит антипсихотики, достаточно большие дозы галоперидола — до 15 мг в сутки, где-то и модитен ему делали. Мне кажется, что антидепрессанты при таких состояниях могут удлинять эти психотические переживания, психотические приступы.

Поэтому я считаю, что это параноидное приступообразное течение. Наверное, это тот самый случай, с нарастающим дефектом. Но, понимаете, всегда при персекуторно-прогрессивной форме преобладает аффект: первая фаза — аффективный приступ, а вторая, вот эта последняя, последний приступ 2011 года — это практически галлюцинаторно-бредовый. Да? Хотя это все-таки не классический параноидный больной, потому что псевдогаллюциноз монотонный, очень однообразный, и бредовые идеи тут тоже достаточно монотонные, не имеют ни развития, ни интерпретации. Интересный больной, но сказать, что это параноидное непрерывное течение, я считаю неправомерно.

Что касается дифференциальной диагностики с органическими расстройствами. Первый раз ему поставили “органическое маниакальное расстройство”. Тогда это будут повторные фазы депрессивные органического расстройства? Или тогда что, органические биполярные расстройства? Такой нозологии не существует. То есть, я считаю, что органическая патопластика имеется, но не определяет картину. Но, может быть, вносит специфику некой монотонности. Конечно, есть эта утомляемость, и не переносит жару, духоту. Но если бы не было аффективных и психотических расстройств большего регистра, он бы с этой органикой прекрасно существовал и никогда с утомляемостью и плохой переносимостью жары не попал

в поле зрения психиатров. Именно первый маниакальный психотический эпизод с конгруэнтным аффектом бреду, депрессивные фазы он все переживает дома. А сейчас я думаю, что это такой затяжной приступ с 2011 года.

Д. Ю. Ткачев. Я бы поспорил не только о параноидной шизофрении, я бы, наверное, поспорил и о самой шизофрении. Потому что все-таки он не обследован совершенно в плане визуализации головного мозга. И учитывая, сколько органики, сколько он нам ее демонстрирует и выдает, в том числе и в своей депрессии, и в своих маниях, сложно сейчас говорить о том, что у него нет текущего органического процесса. Потому что, во-первых, голоса у него необычные, я бы не сказал, что это псевдогаллюциноз, нет характера сделанности, насильственности, необычности. Очень стереотипные, монотонные, возможно, они даже носят какой-то психогенный реактивный характер и связаны с его неудачной семейной жизнью. Потому что как-то одно и то же: про жену, там и так далее. И возникают они даже так с натяжкой, конечно, но можно сказать, в измененном состоянии сознания. Потому что просонки это все-таки не люцидное сознание, это уже переход ко сну. И говорить о том, что мы имеем перед собой псевдогаллюцинации в рамках галлюцинаторно-параноидного синдрома, мне кажется, неправомерно. И вообще, я бы предположил по большому счету, что здесь если не органический процесс, то атипичный маниакально-депрессивный психоз у пациента с мощной органической резидуальной симптоматикой.

Ну, о чем еще можно сказать? Его аффективные состояния, с которых всё и началось, тоже были с примесью органики. И те заключения об органическом маниакальном эпизоде, которые вначале ему выставлялись врачами, были правомерны. Потому что в них звучала и расторможенность влечений очень мощная, вплоть до сексуальной расторможенности, когда он ходил с магнитофоном. Возможно, была даже дромомания с расторможенным влечением, тоже как у органиков, при органических маниях. И эта мания, его первый эпизод возник после избивения, когда его избивали, и после этого и возникло это маниакальное состояние. Затем его депрессия... И также был момент, когда отмечалось, что в стационаре во время своей мании он жаловался на слабость. Какой пациент с манией пожалуется на слабость? Это тоже необычно, я на это обратил внимание.

Что еще? Соответственно, для параноидной шизофрении нет как такового синдрома Кандинского-Клерамбо, нет воздействия и так далее, я уже об этом сказал.

И вот изначально с самого детства он не мог до третьего урока просидеть — это церебростения. И, возможно, она его преследует всю жизнь, он с церебростенией вот и не дотягивал до необходимого интеллектуального уровня. То есть, не мог учиться в обыч-

ной массовой школе. И IQ у него такой сформировался в связи с тем, что никак последствия этого менингита не лечились, никто его не наблюдал.

И мой диагноз, если он все-таки не имеет органики — ни кисты, ни опухоли, ни, возможно, скрытой эпилепсии, то это “атипичный маниакально-депрессивный психоз” с такими вот приступами, которые ухудшают его состояние все-таки больше в органическом плане, чем в каком-то эндогенном. То, что психологи у него находили какие-то изменения личности по шизофреническому типу, изменения мышления, ничего не значит. У меня такое ощущение иногда складывается, что психологи у нас сначала на диагноз смотрят. Когда у него стояло органическое заболевание в диагнозе, он был органиком, когда ему поставили шизофрению, стали находить какие-то нарушения мышления как у больного шизофренией. Здесь он нам не продемонстрировал ни диссоциации, ни разлаженности. Эмоционально он сейчас тревожен, обеспокоен в плане своего состояния, что опять-таки говорит о том, что он не тот шизофренический депрессивный больной, который монотонен и совершенно не волнуется по этому поводу.. И беспокойство именно такое, он подошел к врачу и даже хочет узнать о результатах. И возможно, это просто затянувшийся депрессивный приступ с минимальной психотической симптоматикой.

Вот эти параноидные идеи, которые у него там на улице с машиной и так далее, сложно мне судить, потому что все-таки он мало об этом сказал. Эта параноидная настроенность, может быть, тоже связана с какими-то ассоциативными идеями отношения в плане депрессии, опять-таки с какими-то, может быть, идеями самоуничижения, связанными с тем, что у него текущий депрессивный приступ. В принципе всё. Извините, что так долго. Сложно все это формулировать, потому что я первый раз выступаю.

Ю. Л. Мартынюк. Буду краток. Глубокоуважаемый председатель! Глубокоуважаемые коллеги! С учетом хорошо изложенных анамнестических сведений о данном пациенте, я бы свои диагностические суждения сформулировал следующим образом: это “шизофрения параноидная непрерывный тип течения, галлюцинаторно-параноидный синдром” (F22.04) и вторым диагнозом, с учетом коморбидности, это “органическое расстройство сложного генеза со смешанными симптомами” (F07). Мы все-таки живем в эпоху МКБ-10 и DSM-V. А эта “органически неполноценная почва” мне не нравится. И исходя из этого, кроме изложенного лечения по поводу галлюцинаторно-параноидной симптоматики, органически изменения требуют коррекции, ноотропной и так далее терапии.

М. Е. Бурно. Уважаемый Борис Николаевич! Уважаемые коллеги! Николай Викторович, по-моему, был перед нами одностонным, вялым, формальным, без живого участия в беседе. Впечатление — то ли он устал, то ли всё ему безразлично, то ли ему надоело с нами говорить. Такое было чувство, что хотелось ему

уйти от нас поскорее. Не было с нами живой души, даже грубоватой живой души органика, говорил и чувствовал на одной ноте. По-моему, это шизофреническая расщеплённая измененность и известная характерная душевная органическая грубоватость, да. Когда задаешь ему вопросы, он не интересуется этими вопросами, многого не понимает, не схватывает. Но эта шизофреническая измененность, для меня, конечно, на особой почве, на почве органической. Мне грустно, что Юрий Леонидович (Мартынюк) почву не любит. Классическая клиническая психиатрия невозможна без почвы. Не на всякой почве всё может вырасти. Это всё клинические закономерности. И так, почва органическая. Не скажешь, что он по статусу дебил, да и вся жизнь это опровергает. Для меня это то, что раньше называлось “дегенеративная почва”. Раньше в классической клинической психиатрии, особенно французской, говорили об особых психозах, протекающих на дегенеративной почве. Груня Ефимовна Сухарева, классик отечественной психиатрии, в советское время, когда писала свои классические книги, не могла это называть “дегенеративной почвой”, видимо, ещё и потому, что это неудобно, неэтично так называть в наше время. Она называла это органической почвой, “органической психопатией”. Эта сухаревская “органическая психопатия”, не есть вообще органика, с которой рождается человек. При глубокой органике может родиться и олигофрен. И не есть органика, которая по каким-то повреждающим мозг причинам (травматическим, инфекционным и т.д.) возникает уже после того, как в общих чертах складывается характер (личность), т.е. к трём-пяти годам. Когда характер в общих чертах сложился, уже возможно говорить при повреждении мозга в это время и позднее об органическом нарушении, снижении личности, об органическом поражении мозга в узком психиатрическом смысле. А до этого повреждение мозга не может нарушить личность (её ещё нет). Но это повреждение, возникшее до того как сложилась в общих чертах личность, участвует в пластике этой личности (характера). Здесь органическая клиника другая — без психоорганического синдрома. Таким пациентам, повторяю, не ставят диагноз органического поражения мозга, потому что еще нет личности в общих чертах, еще нечему поражаться, снижаться. И вот эта “органическая дырка”, если грубо, образно сравнить, участвует в становлении, формировании личности. Чаще это бывает врожденная органическая мозговая патология, врожденная, как говорили в старину, дегенеративность. И вот эта органическая психопатия, да ещё с примесью другой органичности, нередко является почвой для другой душевной патологии. Если на этой почве возникает шизофрения, а генетически обусловленная шизофрения может пролезть и сквозь эту органическую, врожденную чаще всего, почву, то эта шизофрения течет, как тут и говорилось, отличаясь атипичностью. Алла

Анатольевна (Глухарева) хорошо заметила, что не укладывается болезнь в параноидную шизофрению. Но не укладывается и в шубообразную шизофрению. И ни в какую известную форму шизофрении школы Снежневского не укладывается, потому что личностная почва измененная, почва органическая. И благодаря этой, по-моему, органической психопатической, прежде всего, почве, вот тут такой клинический органически-шизофренический ералаш. Эти галлюцинаторные переживания пациента тоже однотонные, механические, Наталья Александровна, по-моему, хорошо заметила, в виде клише, как это бывает при органике. Я думаю, что это органика привносит сюда свое. И тоже однотонные аффективные расстройства, эта примитивная мания — банкир и так далее. И трудно сказать обычно, как будет расти шизофреническое дерево, в каких формах и в какой динамике на органически измененной почве. Это бывает по-всякому, порою весьма атипично.

До травм менингит только подозревали. Да? До травм уже был он, ну, мягко выражаясь, органик, как очень хорошо было рассказано в истории болезни: “учиться не мог толком”. Но психопат-органик, по-видимому, торпидный. Груня Ефимовна Сухарева так и разделяет: торпидное, то есть, пассивно-оборонительное, дефензивное, и возбудимое, эректильное. Видимо, был скорее дефензивный, торпидный психопат-органик. Вне психоза особых неприятностей не приносил людям вокруг. И в армии его избивали, а не он избивал. Ну, а потом стала заметно проявлять себя генетически обусловленная шизофрения. И так, атипично, по-моему, объясняется органически неполноценной почвой без сердитой напряжённости. Эти псевдогаллюцинации в период засыпания и бред с банкиром и так далее.

Теперь, что с Николаем Викторовичем дальше будет? Поскольку такая серьёзная органическая почва, по-моему, психотропные препараты нужно применять с осторожностью. Согласен, что сплошь и рядом нет смысла лечить антидепрессантами депрессию, где это не депрессии, а просто вялость, формальность, апатия (ничего не хочется, и ничего не надо, оставьте в покое). Иногда телевизор посмотрит и заснет. И ничего в душе нет, душа ничем не живет. И, быть может, будет вянуть и вянуть. Это, конечно, страшновато в личностном отношении. И вот в таких случаях, мне кажется, что кроме лекарственного осторожного лечения, нужно всячески пациента оживлять, реабилитировать. В том смысле, чтобы смог хоть какую-то простую работу совершать и чему-то радоваться. Нельзя же ему всё время лежать дома; какой-то самый простой труд (например, коробочки клеить) может оживлять в нем человека. Об этом важно было бы позаботиться уже в амбулаторном лечении.

Мой диагноз: шизофрения с галлюцинаторно-параноидными и апатическими расстройствами на органически изменённой почве.

Спасибо.

Ведущий. Спасибо, Марк Евгеньевич.

Нет желающих больше? Тогда разрешите мне сделать заключение, поделиться своими соображениями о том, как я вижу данного больного.

Я начну, что называется, с конца. И в первую очередь хотел бы отметить, что мой консультативный опыт говорит о том, что все сложные случаи, там, где при клинических разборах идет дискуссия, где высказываются разные точки зрения, где что-то непонятно, это, как правило, случаи с сочетанной патологией. Именно сочетанная патология дает своеобразную полиморфную симптоматику, которая не укладывается в рамки известных заболеваний. В этих случаях нет четкой принятой, хрестоматийной, клинической картины. Отсюда и разногласия во врачебных оценках.

Сказанное, как видим, прямо относится и к нашему больному, что следует из дискуссии и прозвучавших в ее ходе диагностических заключений выступавших. Среди них шизофрения — разные ее формы и типы течения, исключение шизофрении, атипичный маниакально-депрессивный психоз, органически неполноценная почва, органическое расстройство, органическое аффективное расстройство.

Отмечая расхождения в оценках выступавших, я полагаю, что опытные врачи, опытные специалисты вряд ли могут существенно ошибаться. Но при этом каждый в состоянии больного находит и выделяет преимущественно то, что ему ближе, больше соответствует его представлениям о патологии. Отсюда и невольное отрицание симптоматики иной, не укладывающейся в выстроенную диагностическую конструкцию. В результате происходит жесткое разделение патологических форм по типу “или — или”, что можно обозначить как мононозологический подход: “Шизофрения или органика?”, “Апатия или депрессия?”.

Что не вызывает ни у кого сомнений, так это наличие у больного органического поражения головного мозга. Все выступавшие отмечали у него те либо иные его проявления. Правда, им отводится разная роль в общей структуре болезненного состояния.

Одновременно в выступлениях в разной форме звучали суждения о сочетании заболеваний, образованных органической патологией и иными формами. Оценка последних и вызвала основную дискуссию. Как бы то ни было, как бы ни расходились мнения, важно, что здесь виден полинозологический подход. Суть его в признании вероятности сочетания у больного разных психических заболеваний по принципу “и — и” — то есть и одно и другое/другие в отличие от подхода мононозологического, где, как уже говорилось, диагностический процесс нацелен только на одну какую-то форму, исключая возможно существующие другие.

Итак, оценивая состояние больного, начал бы с того, что, по крайней мере, не подлежит сомнению —

это органическое заболевание головного мозга. Давайте посмотрим, как оно проявляется клинически. Это головные боли, купируются они не как в эндогенном процессе психофармакологическими препаратами, а очень просто — анальгетиками. Это плохая переносимость жары и алкоголя. Далее, это нарушение памяти. Дальше, это низкий интеллект. Пожалуйста, это целый органический симптомокомплекс. Единственное, нет эмоциональной лабильности и взрывных аффективных реакций, то, что свойственно психоорганическому синдрому. Но здесь есть существенная органическая составляющая — это астения. Она отмечена в детском возрасте, фиксирована во время госпитализаций в отделении. Она, несомненно, есть и здесь. Вот он говорил с трудом, потом вообще дал знать, что устал от расспросов: “Еще долго?”, подтвердив это. И только по просьбе согласился еще немного побеседовать. Я не знаю, как в отделении. Также, да? Не было. Ну, может быть, не было такой нагрузки как здесь, это много все-таки оказалось для него. Об астенизации говорит и ухудшение настроения в вечернее время.

Дальше, это данные повторных патопсихологических исследований, которые указывают на то, что у больного есть признаки органического заболевания головного мозга.

Возникает вопрос об его причинах. Откуда клиническая симптоматика органического поражения головного мозга? И здесь был назван ряд причин. Это указание на якобы перенесенный в детстве менингит. Был он или нет, достоверно не известно. По крайней мере, есть упоминание, что об этом говорила его мать. Возможно, и его интеллектуальное отставание с детства было связано с ним. Дальше это множественные травмы головы. Его неоднократно избивали, и он не помнит, что там — били по голове, не били, но сознание он терял. Отмечено также, что и на работе он получил травму головы с кратковременной потерей сознания с последующей тошнотой. Даже если предположить, что травмы головы были легкими, они могли вызвать заметное повреждение мозга. Оно обусловливается кумуляцией эффекта патогенных воздействий. В результате идет накопление и прогрессирование органических расстройств. То есть легкая-легкая травма головы, казалось бы, без заметных последствий, а потом еще одна “незначительная”, а спустя некоторое время развивается выраженная психоорганическая симптоматика. Кроме того, как было установлено в процессе разбора, это работа больного уже на фоне какого-то органического минимального, может быть, его болезненного состояния, в стройбате с красками, то есть возможная интоксикация ими. Не случайно он говорит, что после таких работ испытывал головные боли, которые не скоро прекращались.

Как видим, здесь есть, целый комплекс причин, которые могли бы вызвать органическое заболевание

мозга у больного. Идет оно, очевидно, с детства, это его низкая успеваемость в школе, низкий, невысокий интеллект, астения. А в последующем по мере действия дополнительных патогенных факторов его симптоматика нарастает.

Оценивая органическую психопатологическую симптоматику, я с позиции сегодняшнего дня не стал бы говорить об “органической почве”, а рассматривал бы ее как самостоятельное заболевание. Прежде эта “почва” звучала в работах многих известных специалистов и рассматривалась, скорее всего, как нечто второстепенное, лишь как фактор, способствующий развитию более значимого, “основного” заболевания, либо как его фон. Но эти работы относятся к тому времени, когда психиатрия была нацелена в основном на “большие”, психотические, формы. И на их фоне негрубая органическая симптоматика действительно не воспринималась как что-то значимое. Давайте представим: не было бы у него переживаний продуктивных, не было бы выраженных аффективных приступов, это был бы все-таки пациент психиатрической компетенции, только не стационарной, а амбулаторной. Такие пациенты имеют значительный удельный вес в общем контингенте больных непсихотических подразделений психиатрической службы.

В процессе течения органического заболевания головного мозга у больного стало развиваться и приобретать стойкий характер еще одно заболевание. Вот здесь уже трудно его квалифицировать. Не случайно оно и вызвало нашу дискуссию.

Был какой-то момент, когда у него диагностировали органический психоз с маниакальным состоянием.

Вы знаете, я должен сказать, что по литературе и по моим данным маниакальные состояния не типичны для органических заболеваний. Давайте вернемся к работам Малкина — классика экзогенной патологии, и его сотрудников Деречи и Носачева. Авторы убедительно показали на большом клиническом материале, что больным с органическими поражениями головного мозга не свойственны маниакальные состояния. А то, что в каком-то приближении оценивается как маниакальное состояние, они назвали “синдромом расторможенности”. Шумаков с соавторами при эпидемиологическом исследовании больных с посттравматическими органическими психическими расстройствами не приводят ни одного случая маниакального состояния. По нашим данным, среди больных органическими заболеваниями головного мозга только у 0,3 % из них фиксируются маниакальное состояние. О чем это говорит? О том, что они не типичны для органических заболеваний.

Но здесь есть еще и другое. Здесь проявляется симптоматика сугубо эндогенная. Это псевдогаллюцинации. Правда, они несколько своеобразны. Возникают только при засыпании или вечером. Но все-таки это псевдогаллюцинации. Их локализация именно внутренняя, что не типично для истинных, и нет соци-

альной уверенности — другие не слышат. Это уже четкие признаки псевдогаллюцинаций.

Далее, это бредовая симптоматика. Да, подчеркивали здесь, она однотипна, она стереотипна. Но, наверное, сказывается влияние органического процесса, способного придавать ей подобные свойства.

Наряду с этим важно отметить, что бредовая симптоматика и галлюцинаторная, как уже говорилось в процессе обсуждения, конгруэнтны эмоциональному фону больного.

Сейчас в данный момент он мне показался все-таки отчасти депрессивным. И на этом фоне у него в отличие от процессуального заболевания классического — шизофрении, есть элементы критики. Он же говорит, ему мешает это всё, он ищет помощи. Это как раз то, о чем когда-то писали Глатзел и Бегрифф, обращая внимание на отсутствие слитности болезненных переживаний с личностью при органических заболеваниях головного мозга. Кроме того, у больного все-таки относительно конкретная фабула болезненных переживаний. Они не имеют тенденции к расширению, усложнению. Поэтому как-то о шизофрении в чистом виде, мне кажется, говорить, может быть, и не совсем обоснованно, хотя тоже можно с этим согласиться. У меня такое впечатление, что это психоз из группы шизофрений, выделяемой рядом авторов. В пользу эндогенного заболевания говорит и наследственная отягощенность психической патологией по линии отца, и данные патопсихологического исследования. Это состояние больше похоже на шизоаффективный психоз. То есть здесь связанная между собой симптоматика и от шизофрении, и от эмоциональной патологии. Однако однозначно ответить на вопрос о том, что в таких случаях — шизофрения, шизоаффективный психоз либо что-то иное, можно будет только тогда, когда будут найдены биологические маркеры шизофрении и других психических заболеваний.

В целом можно констатировать, что в данном случае эндогенная симптоматика из группы шизофрений в сочетании с симптоматикой органической, оказывая друг на друга взаимное влияние, и дают такую клиническую картину, которая не укладывается в рамки каких-то классических психопатологических форм. Это и вызывает дискуссию, потому что здесь нет привычной типичной клинической картины, а имеющаяся заметно отличается от тех форм, что присущи патологии моноэтиологической. Отсюда и разница трактовок.

На основании нашего обсуждения с учетом пояснений МКБ-10 (“Кодирование более одного диагноза”) я бы сформулировал такой диагноз: Шизоаффективный психоз. Органическое заболевание головного мозга сложного генеза (инфекционного? травматического, интоксикационного), психоорганический синдром. Правда, эта формулировка имеет сугубо формальный, арифметический характер и не отражает сути сочетанной патологии — взаимного влияния сочетающихся нозологических форм.

И еще я бы хотел остановиться на ряде моментов. Хотя у больного, несомненно, по клинической картине имеется органическое поражение головного мозга, я бы порекомендовал провести ему и необходимые в этом плане дополнительные исследования. Они важны не только для подтверждения клинического диагноза, но и для исключения текущего органического процесса, о чем уже говорилось в процессе дискуссии.

И терапия. Как я понял, терапия органического заболевания не проводилась. В этой связи я бы посоветовал назначить ему дегидратирующие препараты, церебропротекторы. Они необходимы в любом случае, даже если это только шизофрения или шизоаффективный психоз. Церебропротекторы, есть такие данные, показаны и при депрессиях. Вот тот же кортексин. Я бы еще попробовал флюанксол. В небольших дозах, до 2 — 3 мг, он дает антидепрессивный и активирующий эффект. Больные органическими заболеваниями неплохо его переносят в таких дозах. Может быть, таким образом удастся сдвинуть это его затянувшееся депрессивное состояние.

В заключение я хотел бы еще раз подчеркнуть, что все те случаи, где возникают диагностические сложности, где развивается дискуссия о характере психической патологии и высказываются разные о ней суждения, относятся, скорее всего, к сочетанной патологии. Действительно, диагностика сочетанных заболеваний сложна, так как эта патология крайне мало изуче-

на. К примеру, никто еще детально не описал, как протекает шизофрения в сочетании с органическими заболеваниями головного мозга с учетом разных личностных особенностей больных, больных разными формами шизофрении и органической патологии.

Сегодняшний случай является чрезвычайно показательным, на мой взгляд. Он высвечивает парадоксальную ситуацию в психиатрии. При признании в практической психиатрии сочетанной патологии, что прозвучало в заключениях всех выступавших, в теории психиатрии эта тема никак не озвучивается. По крайней мере, я не могу назвать ни одного учебника и руководства, где бы она фигурировала. И это тот пробел, который требует исправления.

Может быть, кто-то хотел бы возразить или что-то дополнить, или вопрос задать? Пожалуйста, я готов ответить. Если нет, то я хотел бы поблагодарить еще раз и Георгия Петровича, и Ваш коллектив за то, что Вы предоставили такую великолепную возможность пообщаться с коллегами. Всем большое спасибо.

Г. П. Костюк. Борис Николаевич, Вам большое спасибо за очень интересный разбор. Сегодняшний пациент еще раз подтвердил предположение, что не бывает неинтересных больных, бывает отсутствие интереса к больному. Это выявилось еще в одном разрезе сегодня, в ходе нашего разбора и представления больного.

Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации

**БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ:
ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ**

27 – 30 октября 2013 г., Вена, Австрия

www.wpaic2013.org

Поучительные уроки клинического разбора для психологов¹

Н. А. Шатайло² (Днепропетровск, Украина)

Данный представительный клинический разбор прояснил многие из поставленных вопросов и оказался несомненно полезным для всех его участников. Итоги его поучительны и для психологов, работающих в психиатрической клинике. Клинические разборы обычно содержат психологические заключения и это одна из возможностей для психологов ознакомиться с опытом коллег, что всегда полезно для профессионального совершенствования. Отметим в этой связи некоторые моменты, относящиеся к работе клинического психолога, которые высветила данная клиническая конференция.

Пациент, рассматривавшийся на данном разборе, оказался довольно показательным для темы “диссоциативные расстройства” поскольку, как установили клиницисты, у него и ранее отмечались конверсионные нарушения, а данной госпитализации с признаками амнезии на недавнее прошлое и на собственную личность предшествовало состояние, именуемое фугой. Показательный случай редкого заболевания, который необходимо всесторонне обследовать, что и было предпринято.

Рассмотрим в связи с этим психологическое обследование данного больного и его роль в общем клиническом исследовании. Можно представить, насколько непросто работать психологу с пациентом, не помнящим себя и не отвечающим на большинство вопросов. Тем не менее психолог, исследовавший данного пациента, со второй попытки приходит к следующим выводам: “обнаружены признаки органического патопсихологического симптомокомплекса умеренной степени выраженности, с признаками пограничной интеллектуальной недостаточности. Кроме того, выявляются признаки личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса, с преобладанием сенситивно-психастено-шизоидных черт по степени выраженности не менее, чем уровень акцентуации, с выраженными признаками декомпенсации по ипохондрическому типу на момент исследования, и умеренно выраженной склонностью к депрессивным реакциям конверсионного типа (психогенно-невротический симптомокомплекс). Следует отметить, что в силу выраженности выявленных

нарушений познавательной сферы, эти данные нельзя считать достаточно валидными.

Действительно, указанные данные могут быть не очень валидными, но причин тому несколько. Психолог называет несколько патопсихологических симптомокомплексов, не указывая, какой же из них главный и не приводя обосновывающих выводы ссылок на состояние когнитивных процессов обследуемого — памяти, внимания, темпа психомоторных реакций, уровня процесса обобщения и т.д. А ведь вопрос памяти стоит в данном случае на первом месте. Есть расстройства и каковы они, каково соотношение текущего кратковременного запоминания и долговременной памяти, какие области прошлого опыта затронуты амнезией, а какие нет — все это чрезвычайно важно для экспериментального исследования данного случая. Есть данные о нарушениях не только знаний, но и умений у пациента. Тогда следует обратить внимание на практические способности, указать на соотношение вербального и невербального интеллекта, какой вид праксиса нарушен в большей мере. Случай ведь редкий, и исследовать его необходимо всесторонне, а при необходимости — и нейропсихологическими методами. Вместо всего этого — констатация: “признаки пограничной интеллектуальной недостаточности”. И никаких ссылок на то, как же выполнял пациент экспериментальные задания. Если обследуемый не мог выполнять соответствующие методики, то на чем основаны выводы? Органику видят и психиатры, но главный ли это симптомокомплекс в рассматриваемом случае? В таких случаях, когда нет уверенности в валидности данных, нет необходимости торопиться с квалифицирующими определениями, а следует представить полученные в эксперименте данные описательно, какими бы скудными они ни были. При этом можно указать, что такие признаки соответствуют изменениям личности по органическому типу или иному, установленному психологом. Тогда это будет консультативное заключение, которое еще можно будет уточнить при динамическом наблюдении по мере готовности пациента к полноценному исследованию. Иначе, получается, что психолог на совершенно сыром материале забегает со своими диагностическими квалификациями перед психиатром, а это от него совсем не требуется. Психологу надо предоставить в обобщенном виде результаты экспериментально-психологического исследования и построенные на них выводы в границах своей компетенции. Не дублирование психиатрической диагностики, а дополнение, полученное на основании экспериментального исследования. Так было заложено еще осно-

¹ По итогам клинической конференции кафедры психиатрии и наркологии ФПК Ростовского государственного медицинского университета с клиническим разбором: “Аутоперсонамнезия (биографическая амнезия): Деперсонализация? Конверсия? Симуляция? Органическая амнезия?” — Независимый психиатрический журнал, 2013, 1.

² Клинический психолог.

вателями патопсихологии и отходить от такого принципа нет никаких оснований.

Внедрение в патопсихологическую практику представления результатов экспериментально-психологических исследований в виде регистр-синдромов, разработанных в свое время И. А. Кудрявцевым и В. М. Блейхером, надо признать прогрессивным. Это придает выводам целостность, очерченность, системность. Но это нужно для современного обобщения полученных в эксперименте данных. Однако такой подход нельзя понимать буквально и все отмеченные в исследовании особенности непременно облекать в регистр-синдромы. Для задач клиники важен основной симптомокомплекс. А все прочее можно добавить как фон, дополнительные свойства и т.д. Такая методология в свое время была еще выработана в научной школе, возглавляемой Б. В. Зейгарник. Выводы заключения начинались с фразы “таким образом, на первый план выступают...”. Большинство патопсихологов пользуются именно таким способом изложения результатов исследований. Этот “первый план” имеет большое значение, так как выделяет то главное, что имеет прямое отношение к общей психиатрической диагностике и позволяет представить внутреннюю структуру нарушений — что основное, а что производное от него, каковы здесь прямые и обратные связи и как это влияет на психическую деятельность пациента в целом. Применение синдромального подхода приближает исследование к структурно-системному анализу, который пока что можно провести на элементарном уровне, но в целом развитие такого направления можно считать прогрессивным.

Является ли в рассматриваемом случае органический симптомокомплекс главным и определяющим данную патологию? Убедительных доказательств этому нет. Для психоорганических состояний характерно ухудшение текущего запоминания по сравнению с относительной сохранностью памяти на события прошлого. У рассматриваемого пациента все наоборот. Он не помнит многое из прошлого, правда избирательно, но лучше запоминает текущие события и начинает жить как бы заново, восстанавливая прежние знания и навыки. Такие особенности не описаны среди вариантов психоорганического синдрома, а обозначены они как специфичные для диссоциативной амнезии, которая может развиваться у предрасположенных к этому личностей.

Психолог, исследуя особенности личности данного больного, отнесла их к личностно-аномальному симптомокомплексу, что тоже без достаточных экспериментальных данных может быть только предположительным. Наш пациент, оказывается, является носителем довольно пестрого сочетания характерологических свойств, “с преобладанием сензитивно-психастено-шизоидных черт” да еще и со “склонностью к депрессивным реакциям конверсионного типа”. Откуда взяты такие данные — неясно. Не пом-

нящий себя больной их ни подтвердить, ни оспорить не мог. Благо, психолог сама не настаивает на валидности таких данных. Итак, в заключении говорится о трех патопсихологических симптомокомплексах — органическом, личностно-аномальном и психогенно-невротическом без указания, на то, какой же из них основной, ведущий, и как эти комплексы, состоящие из многих свойств, влияют друг на друга. Все это делает заключение малоубедительным. Отнесем это за счет сложности и редкости случая и будем надеяться, что при дообследовании больного будут получены более валидные данные.

Следует сказать, что синдром как система определяется закономерным взаимодействием составляющих его элементов, а не представляет набор разнородных характеристик. Поэтому сочетание, скажем, психастенических черт с конверсионными маловероятно, поскольку они противоположны. Акцентуации характера и расстройства личности — категории разного качества и различать их только по количественному признаку — не совсем верно. Поэтому оценка степени выраженности признака “не менее, чем уровень акцентуации” не точна. Акцентуации — варианты нормы, расстройства личности по определению уже не норма. При акцентуациях могут происходить нарушения адаптации, а подобные реакции у лиц с расстройствами личности приводят к декомпенсации как к определенным болезненным состояниям.

Особенности личности пациентов с диссоциативной амнезией имеют существенное значение в возникновении этого расстройства, в частности, такое свойство как внушаемость. Существует объяснение этого феномена как возникновение у субъекта гипноидного состояния вследствие стрессовых и шоковых переживаний — своеобразная форма самозащиты через выключение из угрожающей ситуации. Характерно это может быть для субъектов сверхвнушаемых, склонных к конверсионным реакциям, несамостоятельным в жизни, со слабой социализацией. В какой мере все это так, покажут дальнейшие исследования, которые планируют проводить ученые. Но личность желательно исследовать в длиннике, возможно, обследуя также людей, ранее переживших такие состояния.

Знание особенностей личности пациента необходимо и при выработке видов и форм реабилитационных мер. Если пациент медлителен и тугодум по жизни, то и реабилитация должна быть постепенной. По нашему опыту большое значение имеет общий позитивный фон в отделении и доброжелательное обращение с пациентом. Это ускорит возврат больного в норму. Всякого рода негативные впечатления таким пациентам вредны и могут затянуть выздоровление. А работая с больным по части восстановления его памяти, психологу целесообразно побольше хвалить пациента за успехи, хотя и малые, всячески подымая его самооценку. Это не трудно, но очень хорошо помогает при психогенных нарушениях.

Отметим в общем виде некоторые выводы или уроки, которые можно извлечь психологам из данного интереснейшего клинического разбора с тем, чтобы выводы психологических исследований были более валидными. На этапе исследования личности пациента для задач дифференциального диагноза важно вначале изложить полученный экспериментальный и документальный материал и лишь потом квалифицировать его в рамках патопсихологических симптомокомплексов. Такая традиция добротного и подробного описания наблюдаемых феноменов существует в психиатрической клинике и она себя оправдывает. Нельзя торопиться с диагнозами, не имея надежных и достоверных обоснований. Описательно-мотивировочную часть патопсихологического заключения никто не отменял и она должна предшествовать выводам. На первый план надо выводить главные синдромообразующие признаки и соответственно основной регистр-синдром. Остальные обнаруженные данные можно указать как сопутствующие,

фоновые, коморбидные. Это поможет лучше понять внутреннюю структуру симптомокомплекса, что является одной из задач патопсихолога. Это также придаст исследованию системную целостность, а выводам достоверность и информативную ценность.

Исследование личности пациента должно быть всесторонним. Важно выявить не только нарушения, но и резервные возможности больного, основываясь на которых можно успешнее вести реабилитационную работу. Это — сохраненные звенья его психики, ведущие мотивы и потребности, его интересы и ценности. В этом смысле термин аутоперсонамнезия более четко указывает на основное ядро поражения — личность больного. Но пока существуют разногласия в отношении содержания этого термина. Дальнейшие исследования, можно думать, будут способствовать снятию противоречий в толковании диссоциативной амнезии — аутоперсонамнезии и ее успешному комплексному лечению, в котором психологические методы должны занимать достойное место.

25 лет НПА России

XIV съезд

14 декабря 2013 г., Москва

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА В ПСИХИАТРИИ

— постоянный диалог индуктивной
и феноменологической методологии

22-ой Конгресс Европейской психиатрической ассоциации

В ФОКУСЕ ЕВРОПЕЙСКОЙ ПСИХИАТРИИ — ТЕЛО И РАЗУМ

1 – 4 марта 2014 г., Мюнхен, Германия

www.epa-congress.org

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

90 лет первого опыта создания философских основ психиатрии



Предлагаемый текст — одно только содержание первой и сразу утонченной и глубокой работы, которая вплоть до прихода к власти нацистов была одной из настольных книг немецких психиатров.

В библиотеке Научного Центра психического здоровья РАМН хранится экземпляр этой монографии, принадлежавший другу автора Эриху Яковлевичу Штернбергу, испещренный многочисленными пометками и комментариями на полях (разумеется, по-немецки), — одному из немногих отечественных читателей, проработавших этот труд.

Перевод выполнен незабвенной Евгенией Григорьевной Сельской.

Артур Кронфельд

Сушность психиатрического познания. Введение в общую психиатрию 1920 г., 485 с.

Моему учителю Гуго Липману

НАУЧНЫЙ ОПЫТ ПСИХИАТРИИ

Введение с. 1

*Предварительное введение
в общие положения критического познания*

Исследование природы без метафизики? с. 13

Теория познания или критика разума? 21

К десятилетию новой Фризской школы (1913 г.) 46

Критика феноменализма Виндельбанда
и задачи психологии как науки познания 66

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

*О современных течениях психического
и психологического исследования в Германии*

1. Победа гетерологических исследовательских
тенденций в психиатрии 89

2. Автологический хаос современной психиатрии
и пути выхода 97

3. Проблематика основ современной психологии. . . 102

*О научных основах психологии, в особенности
проблемы психической каузальности*

*1. Применение теории психологии
в психиатрической практике* 113

Клиническая практика психиатрии
имеет психологическую основу. 113

Является ли психологическая диагностика
эвристической или теоретически обоснованной? . . 114

Критерий симптоматического не случаен 115

Его следует развивать
из психологической теории 116

Проблема знания чужой психики 116

Закон психологии и анализ симптомов 117

Практические границы значения
теоретической психологии 118

Расщепление теории психологии
не аргумент против ее необходимости 118

Философская основа (исходный пункт)
теории психологии. 120

*2. Общее обоснование теории психического.
Начало учения о категориях применительно
к психологии* 121

Теория и критика познания психического 123

Теория и феноменология. Различные теории. . . . 124

Учение о категориях
как содержание научной теории 126

Применение категорий в психологии	128	Проблема репродукции и ее теоретической возможности	171
Темпоральность как категориальная схема	130	Опровержение сомнений допустимости концепции бессознательного	173
Критерии психического, отсюда выводимые	131	О возможности позитивного утверждения бессознательного	175
Чистое самосознание как категориальная схема	132	Еще о бессознательном и психической реальности	176
Производные из момента качества	133	Фрейд	177
Производные из момента количества	134	Результаты исследования бессознательного	177
3. Проблема субстанциальности психического	136	6. Раздражения (раздражители) и общие условия психической динамики	180
Особое положение реляционных категорий	136	Понятие раздражения и его признаки	180
Категория субстанции и понятие души	136	Раздражение и	181
Деятельность как существенный признак психического	139	Виды раздражения	182
Параллельные признаки понятия организма	140	Динамическое объединение психического процесса	184
4. Введение в проблемы психической каузальности. Понятие психической функции	142	Роль ассоциации	187
Уточнение позиции относительно проблемы каузальности	142	Психический процесс	188
Причина и сила	144	7. Познание индивидуальности и его теоретические основы. Первая часть	190
Модификация понятия силы в психическом	144	Обзор проблемы	190
Понятие функции в психическом	145	Понятие личности и естествознание. Индивидуальная каузальность?	191
Принцип различения психических функций	147	Познаваемость индивидуального как проблема	192
Рассмотрение возражений	149	Попытка решения проблемы науки о душе у Риккерта	194
Против концепции понятия функции	150	Анализ естественнонаучного познания Риккерта	195
Против многочисленности психических функций	150	Анализ психологического познания Риккерта	202
О принятии одной-единственной психической силы	152	Анализ исторического познания Риккерта. Его решение вопроса о познании индивидуального	213
Аргумент Вундта-Гербарта: функциональным классам не соответствует ни одна конкретная действительность	153	8. Познание индивидуальности и ее теоретические основы. Вторая часть	222
а) невозможность избежать абстракции в науке	153	Индивидуальность и тип. Образование понятия	222
в) смешение абстракции и индукции в возражении Вундта-Гербарта	155	Индивидуальная каузальность и закон	225
с) критерий реальности психических классов в ведущей максиме их образования	156	Индивидуальность как категориальная форма познания	227
d) возможность естественной систематики функций	157	Решение проблемы индивидуальности	230
Предварительное заключение	159	9. Замечания о проблеме свободной воли и ее совместимости с естественной обусловленностью психического процесса	231
5. Дальнейшее о проблемах психической каузальности. Душевная взаимосвязь (взаимозависимость) и бессознательное	160	Психологическая и трансцендентальная свобода	231
Каузальность и душевная взаимосвязь	160	Антиномия: свобода-закон	232
Понятие раздражения	161	Логическое расчленение предпосылок антиномии	233
Потенциальная готовность и запускающее условие (условие-запуск)	161	Включает ли естественная закономерность процесса его совершенную обусловленность?	234
Категория взаимовлияния в психическом	16...	Растворение (исчезновение) антиномии	235
Дальнейшие теоретические проблемы душевной взаимосвязи		
Сознание и душевная взаимосвязь у Липпса		
Реальная психическая взаимосвязь в бессознательном у Липпса	165		
Критика теории Липпса	166		
Понятие бессознательного	169		
Первые отграничения понятия	170		

**Пролегомены к общей психиатрии
как строгой науке**

Общая психиатрия
и психиатрическое исследование 237

Теоретический характер общей психиатрии 242

Аргументы за практическое использование
теоретических исследований в общей психиатрии 245

Защита отисключительности соматологических
установок в общей психиатрии 247

а) с т.зр. психологии 247

в) с т.зр. клиники 249

Общая психиатрия как логика
и учение психиатрии 255

Практические задачи психиатрии
и свидетельство имманентной необходимости
ее научного характера 260

О выступлении: Психиатрия как искусство 261

Введение в проблематику научного понятия 265

О понятии знания 267

Знание и наука 270

Научное понятие “психиатрия” 273

Некоторые трудности применения
научного понятия на материале психиатрии 274

Проблема знания психического 277

Психиатрия как наука о душе (гуманитарная наука)
возможный подход к проблеме? 282

Общие рамки
настоящего исследования 284

Приложение: замечания по поводу
имманентной теоретической критики
конструктивных гипотез в психологии 289

**Основные направления феноменологии
дескриптивной теории психического**

Введение 303

**1. Функции переживания и психические функции
(эвристическое развитие феноменологических
основных понятий)** 308

Предпосытийное описание феноменологического
установочного способа 308

Концепция понятия переживания у Дильтея 315

Развитие понятия переживания у Липпса 318

Некоторые поправки к понятию переживания 325

Общие положения, касающиеся
ассоциативных структур 330

Психические явления, функции и акты 337

Акты и “сознание” 341

Акты и “Я” 343

Акты и неакты 343

О систематике классов актов 344

Акт и предмет 345

Я представление и интенция 345

Качество и материя интенции 346

Переживаемость актов 349

2. К проблеме знания чужой психики 350

**3. Переживание и познание
(развитие отношения феноменологии
к теории психологии)** 364

Две основные проблемы
в понятии феноменологии 364

а) Понятие факта в психическом 366

Одноразовость психического 366

Временная непрерывность психического 366

Переживание как событие
и как форма сознания 368

Сознательный характер психических
фактов. “Внутренний смысл” 369

Наглядность психических фактов 374

Еще раз о понятии переживания 375

в) Феноменология как психологическая наука 378

Феноменальность переживаний 378

Описание и абстракция 381

Использование чужого “Я” в познании 384

Абстракция и индивидуальная теория
в психическом 386

Положение феноменологии в психологии 394

**4. Феноменологические задачи в психиатрии
наряду с замечаниями о ее понятиях
заболевания и симптома** 396

а) Психолого-клиническая постановка вопроса
и ее феноменологический акцент 396

в) Патологическая интенциональность 412

**К теории и логике психопатологического
типообразования и его отношения к социологии,
в особенности криминологии**

Предварительное замечание 421

1. Некоторые замечания по поводу
понятия болезненного в психическом
и логическая структура
психопатологического типобразования 423

2. Парадигматическое рассмотрение
теоретических проблем т. наз. морального
слабоумия 431

3. Социальный момент как критерий
психического учения о типическом 454

О понятии реактивности 454

О понятии зависимости от среды 467

Якоб Фридрих Фриз и исследование психиатрии 473

О методологических основах планирования медицинской науки¹

Действительный член Академии медицинских наук
лауреат Ленинской премии, профессор
И. В. ДАВЫДОВСКИЙ

От редактора. Настоящая работа И. В. Давыдовского приобретает сейчас важнейшее значение для Российской медицины.

Во-первых, потому, что автор — самый выдающийся ученый в общей патологии человека, которая является фундаментом научной медицины.

Во-вторых, потому что, будучи избран в состав Президиума АМН СССР с самого начала ее образования в декабре 1944 г. он ведал вопросами развития научных кадров рождающейся Академии и, затем, — на протяжении десятилетий — вопросами планирования медицинской науки в СССР.

Наконец, насущная востребованность этой работы определяется, на наш взгляд, псевдореволюционными процессами реформирования здравоохранения и планирования медицинской науки с радикальной сменой парадигм и переходом, начиная с М. Ю. Зурабова, на коммерческие рельсы под фанфары всевозможных безответственных популистских обещаний от якобы повышения зарплаты врачам, не упоминая о резком повышении нагрузки, до увеличения продолжительности жизни населения: граждане, родившиеся в 21 веке, будут жить не менее 100 лет. Словно люди не знают такого анекдота.



... Долговременное пребывание на посту члена Президиума Академии медицинских наук СССР, ведающего вопросами планирования науки, приве-

¹ Редакция выражает благодарность д.м.н. В. Г. Остроглазову за предоставленный текст акад. И. В. Давыдовского и инициативу публикации.

ло меня к заключению о необходимости внесения существенных корректив в самую идею и технику научного планирования, как она установилась и остается до сих пор.

... Какие контрольные органы могли бы обеспечить наиболее жизненные стороны планирования, придать последнему характер творческой научно-организационной работы?

... В первую очередь следует назвать Проблемные комиссии, научную компетенцию которых не может заменить никакое отделение академии, ни головной институт. Кто как ни проблемные комиссии могли бы с большим авторитетом указать пути развития той или иной проблемы, изучив состояние последней в рамках мировой науки?! С этой целью Проблемные комиссии должны издавать каждые 3 – 5 лет сборники, освещающие состояние той или иной проблемы в мировой науке.

... Очень важной инстанцией на пути к планированию медицинской науки является научная общественность, всесоюзные и республиканские съезды и конференции, а также пленумы правления научных обществ. Однако нет какого-либо вмешательства научной общественности в планирование медицинской науки практически.

Из сказанного следует, что предлагаемый модус планирования по сути дела сводится не к планированию конкретных частных проблем и тем, а к рекомендации важнейших направлений и методик научного исследования. Исходя из этих рекомендаций, должны строиться частные планы учреждений и отдельных ученых в том или ином индивидуальном преломле-

нии. Плановые рекомендации являются прерогативой Академии медицинских наук СССР.

... Имеет место явный избыток бумажного творчества и совершенно нерациональные наслоения, которые, с одной стороны, мешают работе научных учреждений, а с другой — создают ненужные служебные и моральные конфликты.

... Большие сомнения возникают при виде таких рубрик, как “сроки исполнения” (начало и конец работы), “ожидаемые результаты”, “сроки внедрения в практику”. Эти рубрики отражают одну принципиальную ошибку: планирование науки не может быть механически приравнено к планированию промышленного или сельскохозяйственного производства, где действительно вполне закономерно ставить в жесткой форме вопрос о сроках, ожидаемых результатах и т.п. Такое приравнивание толкает некоторых ученых на поспешные и необъективные выводы, а иногда и просто на очковитительство, которое, будучи выражено в сложных словесных формулировках, может даже выглядеть научно.

Жесткое планирование с предсказыванием срока, результата и его практической ценности, возведенное в универсальный принцип, противоречит самому принципу научного искания, творческой научной мысли, которая нередко не имеет ни начала, ни конца и результаты которой столь же часто бывают как неожиданными, так и ожидаемыми. В этом и будет принципиальное отличие научной мысли, определяемой В. И. Вернадским как “планетное явление”.

Постановка вопроса о сроках исполнения, об ожидаемых результатах, о сроках внедрения в практику может быть приемлемой только тогда, когда речь идет о выполнении частного задания, предпринятого в принципе, требующего лишь определенных материалов, аппаратов, реактивов и служебной исполнительности. Такие задания не требуют сложных “инструментов мышления”, особых логических приемов, т.е. творческих актов с их фантазией и проницательностью, позволяющими строить новые теории или разрушать старые. Трудности в науке заключаются ведь не в том, чтобы найти путников по проторенной дороге, а в том, чтобы найти людей, способных проложить новую (Бокль).

Другими словами, указанные требования вульгаризируют представления о научной работе, фактически принижают теорию, делают ее служанкой производства, тогда как фактически она его мать.

Планирование науки — не функция какого-либо аппарата. Оно должно начинаться с глубокого анализа фундаментальных основ науки. Для медицины это будет фактически всё естествознание, т.е. физика, химия, биологические науки, а также социология и философия.

Планирование развития медицинских наук в аспекте этих фундаментальных проблем и будет важнейшим сдерживающим началом в отношении столь

распространенных в медицине тенденций в виде эмпиризма, прагматизма, созерцательности и калькуляции. Эти тенденции как и связанный с ними формально-логический анализ фактов, внешних связей, совершенно бессильны превратить эмпирическое медицинское знание в глубокое теоретическое. Таким формальным является и планирование медицинской науки, создающее упрощенное представление об этой науке как “широкой столбовой дороге” со всюду представленными опознавательными знаками.

... Фундаментальные науки играют известную роль в специальном образовании врача. В воспитании же его мышления, в развитии его кругозора роль этих наук оставляет еще желать лучшего. К сожалению, это следует отнести и к преподаванию философии, к развитию абстрактно-логического мышления, помогающего глубже понять жизнь в здоровом и больном ее вариантах.

... Требование жестких сроков, как и требования предсказания “ожидаемых результатов” в научных исследованиях — типичный продукт утилитарных установок, почему-то нередко бытующих еще в планировании науки: гегемония фактов над истиной, рассудка над разумом, волюнтаризм, эмпиризм, а фактически отождествление науки и практики. Именно для рассудочного мышления так типично оперирование по строго заданной схеме, шаблону, методу, без осознания самого метода, его границ и возможностей (Ф. Энгельс). Автоматизм и стихийность в планировании не случайно перекликаются в современной медицине с “машинным мышлением” в диагностике, лечении и мерах профилактики. Не случайно техническое умение нередко стоит впереди научного знания, а между тем требуется, чтобы естественные науки, образующие теоретическую основу технического процесса, обгоняли бы темпы развития техники (М. В. Келдыш).

Как же реально выглядят “ожидаемые результаты” в соответствующих планах? Вряд ли можно усмотреть что-либо конкретное в таких “результатах”, как “уточнение” или “выяснение механизмов”, “уточнение мероприятий”, “расширение представлений”, “дальнейший анализ”, “получение новых данных”. План часто пестрит такими пустыми фразами или отписками, свидетельствующими не только о “похвальной” осторожности авторов, но (главным образом) о той приспособительной изворотливости, которая позволяет в деликатной форме как-то обойти явно неудачные и ненужные претензии некоторых планирующих органов. Нередко, впрочем, “ожидаемые результаты” бывают представлены в не столь скромном виде и выглядят как серьезные открытия. Так, например, можно обнаружить в планах “выяснение вопросов патогенеза”, “установление общепатологических закономерностей в развитии механизмов окислительно-восстановительных процессов”, “выяснение патогенеза ряда заболеваний печени, почек и сердечно-со-

судистой системы”, “получение лечебных средств против вирусных заболеваний” и т.п. И все это планируется выполнить в 2 года. Очевидно, что речь здесь должна идти не о 2-годичном планировании, а об общей направленности исследований, по своему существу очень важных. Но нужно ли напоминать ученым, что срок их открытия истекает 31 декабря такого-то года?

Идея, что научный работник может и должен во всех случаях в определенный срок давать определенный и притом “ожидаемый” результат, является в принципе ложной. Мировая практика научных открытий фундаментального и более скромного значения, равно как и внутренняя логика науки как формы движения человеческой практики, мышления и интеллекта опровергает эту идею, рожденную в атмосфере волюнтаристических представлений культуры личности. История мировой, русской и советской науки не знает ни одного примера, когда по заданным срокам планировались бы фундаментальные открытия. Нередко открытие выступает в форме неожиданности, его часто нельзя полностью предвидеть, поскольку оно зависит от массы объективных условий, выходящих за пределы отдельного лица, делающего открытие, часто даже за пределы его личной жизни и деятельности. Научный темперамент, любознательность, переходящая в одержимость, индивидуальные волевые качества, разумеется, очень важные моменты в научном творчестве (Колумб, Магеллан, Н. М. Пржевальский, Миклухо-Маклай, В. Л. Комаров, Афанасий Никитин, Г. Я. Седов и др.). Но все же никогда и никто из великих людей, прославивших себя открытиями, не мог бы предсказать срок последнего, а часто и его конкретное содержание. Величайший соблазн научного творчества заключается не в ожидаемом, а в неожиданном.

“Приемы открытия”, в свое время пропагандировавшиеся Ф. Бэконом и Дж. Ст. Миллем (на основе индуктивизма), не оправдали себя в смысле выявления какой-то особой логики научных открытий. Переработка же чувственных наблюдений и обширного материала медицинской науки выходит вообще за рамки индукции.

Теория химического строения А. М. Бутлерова вынашивалась им десятилетиями. То же относится к открытию Д. И. Менделеевым периодического закона; потребовалось обобщить весь эмпирический материал по химии, причем нужны были не только факты из области химии, но и развитие “химического мышления”. В. И. Вернадский раскрыл крупнейшие законы биогеохимии, заполнив этим всю свою жизнь. Полученные им результаты связаны не только с гигантскими усилиями в конкретной науке, но и с “логической работой” его как философа, требовавшего “чеканки понятий”, глубоко убежденного, что граница между философией и наукой по объектам их исследования исчезает, когда речь идет об общих универ-

сальных законах и проблемах естествознания. Д. И. Ивановский в своем открытии вируса мозаичной болезни пишет: “сверх всякого ожидания оказалось”. То же могли сказать о своих открытиях Рентген, Кох, А. А. Ухтомский и др.

Многолетние, кропотливые экспериментальные исследования, вдумчивое, крайне осторожное, даже скептическое отношение к своим выводам характеризуют Ч. Дарвина, Н. Е. Введенского, И. П. Павлова, А. Н. Северцева, Н. И. Пирогова, В. Л. Омелянского и др.

Открытие условных рефлексов И. П. Павловым по сути дела было логическим завершением ряда физиологических экспериментов по пищеварению и кровообращению. Это открытие, однако, не было целенаправленным, т.е. заранее запланированным в смысле сроков и содержания.

... Требование планирующих организаций указать “сроки внедрения в практику” в ряде случаев непригодно для научно-теоретических работ, особенно в области гуманитарных наук, не говоря уже о попытках как-то учесть или измерить в рублях ценность этих работ, затраченные на них силы и т.п.

Если истинность и объективность открытия иногда не ясны для ученого, которому принадлежит открытие, то еще чаще наблюдается другое — непризнание или позднее признание открытия современниками. Новое всегда рождается в спорах: “преследование — натуральная участь новизны”, — писал Н. Г. Чернышевский об условиях развития в антагонистическом обществе, и это “преследование” пропорционально степени новизны. Не случайно Гарвей после опубликования своих работ потерял частную практику, как не случайно так же и то, что Азелли, открывший млечные сосуды, был высмеян Гарвеем.

П. Н. Лебедев писал в 1891 г.: “Я, кажется, сделал очень важное открытие в теории движения светил, специально комет”. После этого “кажется” П. Н. Лебедев ставит ряд экспериментов, пишет докторскую диссертацию и только в 1910 г., т.е. после 19 лет колебаний, пришел к окончательному выводу. Разве не факт, что неевклидова геометрия Н. И. Лобачевского не находила себе признание в математике почти полвека?

Разве открытие условных рефлексов нашло себе широкое применение в теории и практике медицины? Разве усилия эпигонов и догматиков на протяжении ряда лет (после 1950 г.) не показали с достаточной ясностью величия открытий И. П. Павлова перед лицом вульгарного эпигонства и назойливых претензий в отношении “ожидаемых результатов” и “сроков внедрения”?

Планирование, координация и организация научного исследования у нас сложилась в чисто практическом плане на основе сложившегося опыта и волевых решений. А нужно бы сначала обобщить опыт ведения теоретических и экспериментальных исследова-

ний и развить науку о планировании (В. И. Сифоров. Вопросы философии, 1963, № 4).

С этим следует согласиться: **у нас нет науки о планировании**; последнее мыслится упрощенно, то как чисто логическая операция, то как результат деятельности электровычислительной машины, в которую вложены соответствующие посылки, необходимые для рождения новой идеи.

Крупные научные достижения и открытия стратегического значения всегда знаменуют собой какой-то прорыв в привычных представлениях о предмете и возникновение новых представлений, выходящих далеко за рамки старых протоколно-школьных программ, которые нередко лишены даже достаточных логических или опытных обоснований. Это не значит, что научные открытия лишены всякой логики, как думают неопозитивисты, признающие лишь логику подтверждения правильности результата. С другой стороны, неправомерно полагать, что научные открытия имеют какую-то специальную логику или что с помощью известных нам законов материалистической диалектики можно создать теории фундаментального значения.

Логика научных открытий заключена в общем развитии научных знаний, научного мышления, в способностях исследователя на основе новых абстракций схватывать сущность явлений. Это всегда связано с переработкой чувственных наблюдений, своего и чужого опыта. Очевидно, что все это делает беспредметным планирование по всевозможным графам отдаленных фундаментальных результатов научных исследований.

Из сказанного отнюдь не следует, что результаты научных исследований не должны интересовать органы, планирующие науку. Об этой важной стороне дела необходимо сказать следующее. Контроль исполнения в научно-исследовательских учреждениях такой же слабый участок в организации науки, как и контроль её состояния. Требования планирующих организаций в отношении ожидаемых результатов, сроков исполнения и практического внедрения не выполняются и не контролируются. Это лучшее доказательство их никчемности. Вопрос, однако, очень важен, так как в нем заложена сущность и практическая

значимость планирования как государственного мероприятия. Посев (план) подразумевает жатву (результат плана), и жатва должна быть конкретной, амбарной. Конкретность же исполнения может быть гарантирована только одним путем — печатными трудами.

Здесь же найдет свое решение и кадровая проблема: печатные труды в личном деле научного работника будут незаменимой основой его деловой характеристики.

Очень важным общественным контролем исполнения являются также доклады научных работников в научных обществах. Последние не могут похвастать и сказать, что они всегда в курсе научных достижений своих членов, что в работе научных обществ широкую гласность получает научная деятельность сотрудников вузов и научно-исследовательских институтов.

Из сказанного можно сделать следующие **выводы**:

1. Планирование научных исследований требует специального изучения методологических основ планирования науки.
2. Планирование не может быть “прямым” или волевым актом планирующих организаций. Планирование может осуществляться только на основе периодически проводимого контроля за состоянием научных проблем к моменту планирования. Периодически издаваемые проблемные сборники (с исчерпывающей библиографией) должны отражать это состояние, широко информируя о нем научную и медицинскую общественность.
3. Планы научно-исследовательских работ по медицине должны носить характер принципиальных рекомендаций, отражающих актуальность и направленность проблем в мировой науке.
4. Требования указать “ожидаемые результаты”, “сроки исполнения”, “сроки внедрения в практику” по отношению к фундаментальным научным поискам как не оправдавшие себя практически и как методологически неправомерные следует устранить. Подобные требования нельзя сделать универсальными.
5. Контроль исполнения запланированных исследований должен быть конкретным. Лучшей формой такого контроля является печатная продукция. Необходимо установить, как правило, представление в Управление кадров учреждения печатных трудов научного сотрудника по мере выхода в свет этих трудов.

Дело Ракевич живет и побеждает?

(Право пациента на обжалование недобровольной госпитализации в психиатрический стационар)

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются пути преодоления пробела в российском законодательстве в отношении права пациента самостоятельно возбуждать процедуру судебной проверки недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Ключевые слова: недобровольная госпитализация; права пациента.

Законность и обоснованность недобровольной госпитализации лица в психиатрический стационар проверяется судом в рамках дела, возбуждаемого не иначе как по заявлению представителя психиатрического учреждения. Статья 33 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон о психиатрической помощи) и ст. 302 ГПК РФ, устанавливающие данный порядок, не предоставляют право лицу, помещенному в стационар без его согласия, самостоятельно возбуждать процедуру судебной проверки обоснованности такой госпитализации. У самого лица право на обращение в суд появляется уже после вынесения судебного решения об удовлетворении заявления психиатрического стационара о недобровольной госпитализации. При этом случаи рассмотрения таких дел в апелляционной инстанции чрезвычайно редки.

Согласно судебной статистике решения суда по делам о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар (или о недобровольном психиатрическом освидетельствовании) обжалуются менее чем в 1 % случаев. В 2012 г. из 40,2 тыс. таких решений лишь на 312 были поданы апелляционные жалобы (принесены апелляционные представления прокурора). В результате решения судов первой инстанции были отменены по 26 делам (в 8 % случаев). В большинстве случаев (по 20 делам) суд второй инстанции выносил по делу новое решение, и лишь в единичных случаях (по 5 делам) дела возвращались на новое рассмотрение в суд первой инстанции. Одно дело было прекращено. Наиболее частая причина отмены решения — нарушение либо неправильное применение судом норм материального или процессуального права (15 дел). В остальных случаях были выявлены: неправильное определение обстоятельств, имеющих значение для дела (6 дел); недоказанность установленных

судом обстоятельств (3 дела); несоответствие выводов суда первой инстанции обстоятельствам дела (3 дела).

Отсутствие в Законе о психиатрической помощи нормы, позволяющей госпитализированному лицу самостоятельно обжаловать в суд правомерность своей госпитализации, с позиций Европейского Суда по правам человека (далее — Европейский Суд) нарушает основополагающие требования п. 4 ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее — Конвенция). Эти требования касаются права гражданина на безотлагательное рассмотрение судом правомерности заключения под стражу и на освобождение, если заключение под стражу признано судом незаконным. Пункт 4 ст. 5 Конвенции требует в первую очередь обеспечения независимого правового механизма, с помощью которого лицо, заключенное под стражу, в т.ч. помещенное в психиатрический стационар, могло бы предстать перед судьей, который бы и определил законность заключения под стражу.

Европейский Суд в своем **Постановлении от 28 октября 2003 г. по делу “Ракевич против России”** указал, что Закон о психиатрической помощи не предоставляет пациенту “права прямой апелляции” для отстаивания личной свободы, не обеспечивает ему беспрепятственного доступа к надежным средствам судебной защиты, который “не должен зависеть от доброй воли заключивших его под стражу властей”. Правовой механизм, предусмотренный ст. 33 – 35 Закона о психиатрической помощи и гарантирующий автоматическое появление госпитализированного пациента в судебном заседании по рассмотрению заявления больницы, является важной гарантией от произвольного заключения под стражу, но он всё равно будет несовершенным, если не содержит базовой гарантии, указанной в п. 4 ст. 5 Конвенции. Дополни-

тельные гарантии, с позиций Европейского Суда, не снимают необходимости в основополагающих.

Статьи 47 и 48 Закона о психиатрической помощи, на которые ссылалось Правительство России при рассмотрении дела Ракевич как на нормы, компенсирующие выявленный пробел в российском законодательстве, по мнению Европейского Суда, признают право лица обжаловать незаконные действия медицинского персонала вообще, в то время как п. 4 ст. 5 Конвенции требует конкретного (специального) средства судебной защиты для отстаивания свободы лицом, заключённым под стражу.

Позднее Комитет министров Совета Европы в своей **Рекомендации № Rec (2004) 10 о защите прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами**¹ записал следующее правило: “В любом случае лицо, принудительно помещенное в психиатрическое учреждение органом, не имеющим судебных полномочий, *должно обладать правом возбуждать дело*, в ходе разбирательства которого законность задержания данного лица будет своевременно определяться судом”.

На первый взгляд, Закон о психиатрической помощи действительно обеспечивает пациенту, помещенному в стационар, в т.ч. в недобровольном порядке, право обращения с жалобой в суд по поводу его госпитализации. Статья 47 Закона предусматривает право такого лица обжаловать непосредственно в суд действия медицинских работников, врачебных комиссий, ущемляющие его права и законные интересы при оказании психиатрической помощи. Жалоба может быть подана как самим пациентом, так и его представителем или организацией, которой законом или ее уставом предоставлено право защищать права граждан. Обозначен порядок рассмотрения подобной жалобы в суде (ст. 48). Право пациента подавать без цензуры жалобы и заявления в суд гарантировано также ст. 37 Закона. В свою очередь, ст. 39 того же Закона обязывает администрацию и медперсонал психиатрического стационара создавать условия для осуществления прав пациентов, включая предоставление им возможности ознакомления с адресами и телефонами органов, в которые пациенту можно обратиться в случае нарушения его прав, обеспечивать условия для направления жалоб и заявлений пациентов в суд.

Однако указанные нормы касаются лишь случаев, при которых были ущемлены права пациента, и притом, что эти случаи имели место не в связи с водворением лица в стационар, а уже в процессе последующего оказания ему психиатрической помощи. Эти нормы не предполагают проверку судом обоснованности предположения у лица тяжелого психического

расстройства и наличия других критериев для недобровольной госпитализации, а также самой целесообразности действий врачей. Если оспариваемые лицом действия врачей по его госпитализации (возможно необоснованной по сути) были произведены при соблюдении необходимых формальностей, без нарушения процедуры госпитализации и прав самого лица, суд будет вынужден отказать такому лицу в удовлетворении его жалобы, поскольку оценка судом обоснованности госпитализации производится в рамках другого процесса — по заявлению психиатрического учреждения, а также при обжаловании лицом решения суда об удовлетворении заявления стационара о недобровольной госпитализации.

Пациент, как и любой другой гражданин, вправе обратиться с жалобой в суд и в соответствии с Законом РФ от 27 апреля 1993 г. № 4866-1 “Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан”. Впрочем, установленные данным Законом сроки рассмотрения жалоб в силу своей продолжительности не приемлемы для случаев проверки законности недобровольного стационарирования, ограничивающего свободу человека.

В то время как Европейский Суд рассматривал жалобу Ракевич, Пленумом Верховного Суда РФ было принято **постановление от 10 октября 2003 г. № 5 “О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации”** (далее — постановление Пленума от 10 октября 2003 г. № 5). В нем со ссылкой на ч. 4 ст. 15 Конституции РФ и Федеральный закон от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ “О международных договорах Российской Федерации” подчеркивалось, что Российская Федерация как участник Конвенции признает юрисдикцию Европейского Суда *обязательной* по вопросам толкования и применения Конвенции в случае предполагаемого нарушения Россией положений Конвенции, когда такое нарушение имело место после вступления ее в силу в отношении России². Поэтому применение судами Конвенции должно осуществляться с учетом практики Европейского Суда во избежание любого нарушения Конвенции. На необходимость учета судом постановлений Европейского Суда было указано также и в п. 4 **постановления Пленума Верховного Суда РФ от 19 декабря 2003 г. № 23 “О судебном решении”** (далее — постановление Пленума от 19 декабря 2003 г. № 23).

Как следует из положений ст. 46 Конвенции, ст. 1 Федерального закона от 30 марта 1998 г. № 54-ФЗ “О ратификации Конвенции о защите прав человека и основных свобод и Протоколов к ней” правовые позиции Европейского Суда, которые содержатся в окон-

¹ Принята Комитетом министров 22 сентября 2004 г. на 896-ом заседании заместителей министров.

² Конвенция была ратифицирована Россией Федеральным законом от 30 марта 1998 г. № 54-ФЗ.

чательных постановлениях, принятых в отношении России, являются обязательными для судов.

Суды, как говорится в постановлении Пленума от 10 октября 2003 г. № 5, в пределах своей компетенции должны действовать таким образом, чтобы обеспечить выполнение обязательств государства, вытекающих из участия России в Конвенции. Если при судебном рассмотрении дела были выявлены обстоятельства, которые способствовали нарушению прав и свобод граждан, гарантированных Конвенцией, суд вправе вынести частное определение, в котором обращается внимание соответствующих организаций и должностных лиц на обстоятельства и факты нарушения указанных прав и свобод, требующие принятия необходимых мер. Пленум признал необходимость совершенствования судебной деятельности, связанной с реализацией положений международного права на внутригосударственном уровне.

Понятно, однако, что выполнить “наказ” Европейского Суда, изложенный в Постановлении по делу Ракевич, надеясь на одни лишь перемены в судебной деятельности, не представляется возможным. Не все положения международных договоров, в т.ч. конвенций, вступивших в силу для России, действуют непосредственно, без издания внутригосударственных актов.

Исполнение Постановления Европейского Суда по данному делу предполагает внесение дополнений в Закон о психиатрической помощи и ГПК РФ. Однако до настоящего времени указанные законодательные акты не приведены в соответствие с п. 4 ст. 5 Конвенции. Между тем исполнение постановлений Европейского Суда включает в себя не только выплаты денежных компенсаций и другие меры индивидуального характера в отношении заявителей, но и *меры общего характера*. К мерам общего характера относятся действия по устранению и предотвращению нарушений Конвенции, аналогичные тем, которые были выявлены Европейским Судом в конкретном постановлении. Общими мерами могут стать, в частности, *изменение административной и судебной практики*, а также *внесение корректив в законодательство*.

В 2005 г. по поручению Правительства РФ от 05.07.2005 № АЖ-П12-3326 Минздравсоцразвития России был разработан законопроект “**О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам оказания психиатрической помощи**”. В Концепции законопроекта указывалось, что Закон о психиатрической помощи не соответствует требованиям Конвенции о праве на безотлагательное рассмотрение судом правомочности заключения под стражу и на освобождение, если заключение под стражу признано судом незаконным. Соответственно законопроект имел цель определить процессуальный порядок рассмотрения судьёй жалобы пациента на решение врача о помещении его в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Принятие законопроекта согласно его Концепции должно было восполнить пробел в законодательстве, относящийся к ограничению прав лиц, страдающих психическими расстройствами, в случае их недобровольной госпитализации, и создать действенный механизм защиты прав таких лиц.

Департамент социального развития и охраны окружающей среды Правительства РФ, Минюст России, Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ законопроект в целом поддержали. И лишь Верховный Суд РФ в своем отзыве на законопроект (от 26.07.2005 № 272-1/общ.) высказал возражения по поводу необходимости учреждения самостоятельного порядка оспаривания решения врача. При этом высший судебный орган в лице заместителя Председателя Верховного Суда РФ В. М. Жуйкова продемонстрировал неосведомленность и непонимание положений Конвенции, указав, что ст. 5 Конвенции не содержит формулировки о недобровольном помещении в стационар. Такая позиция Верховного Суда РФ шла в разрез с разъяснениями Пленума Верховного Суда РФ, которые были даны в постановлениях от 10 октября 2003 г. № 5 и от 19 декабря 2003 г. № 23 в отношении первостепенной роли международных договоров в сфере защиты прав человека и основных свобод.

В законопроекте предлагалось дополнить ст. 29 Закона о психиатрической помощи частью 2 следующего содержания: *“Жалоба гражданина, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, или его представителя на госпитализацию в психиатрический стационар в недобровольном порядке может быть подана в любое время без ограничения срока, в том числе незамедлительно, в суд по месту нахождения стационара”*.

Соответственно главу 35 ГПК РФ предполагалось дополнить статьями 306¹ и 306² следующего содержания:

“Статья 306¹. Подача жалобы на госпитализацию гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке или о продлении срока госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, в недобровольном порядке.

Жалоба гражданина, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, или его представителя на госпитализацию в психиатрический стационар в недобровольном порядке или на продление срока госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, в недобровольном порядке может быть подана в любое время без ограничения срока, в том числе незамедлительно, в суд по месту нахождения стационара.”

“Статья 306². Рассмотрение жалобы на госпитализацию гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке или на продление срока

госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, в недобровольном порядке.

1. Жалобу на госпитализацию гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке или на продление срока госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней со дня подачи жалобы в порядке, предусмотренном для рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации гражданина в психиатрический стационар.

2. Рассмотрев по существу жалобу о госпитализации гражданина в психиатрический стационар в недобровольном порядке или о продлении срока госпитализации гражданина, страдающего психическим расстройством, в недобровольном порядке, судья принимает решение, которым отклоняет или удовлетворяет жалобу. Решение суда об удовлетворении жалобы является основанием для выписки гражданина из психиатрического стационара и подлежит немедленному исполнению³.

Предложенные поправки позволяли бы пациенту обратиться в суд с жалобой на госпитализацию в любое время, в т.ч. незамедлительно. Отсюда следовало, что жалоба могла быть подана пациентом сразу же после его доставления в стационар, не дожидаясь заключения комиссии врачей-психиатров или санкции судьи, в любой день без учета выходных и праздничных дней, как до, так и после истечения 48-часового срока пребывания в стационаре. Такая новелла, на наш взгляд, соответствовала бы позиции Европейского Суда.

В то же время нельзя исключить, что установление неограниченного срока для обращения пациента в суд могло бы создать некоторую правовую коллизию в том случае, если бы пациент надумал обратиться в суд уже после того, как суд рассмотрел заявление стационара и вынес решение о его удовлетворении.

Кроме того предложенный срок рассмотрения жалобы пациента в суде не вполне обеспечивал бы “безотлагательность” решения вопроса о правомерности заключения под стражу в контексте требований п. 4 ст. 5 Конвенции. Согласно законопроекту суду на рассмотрение данной жалобы отводилось 5 дней. Аналогичный срок установлен в Законе о психиатрической помощи и ГПК РФ для рассмотрения в суде заявления представителя больницы о недобровольной госпитализации. Но в последнем случае по действующему законодательству пребывание пациента в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке свыше 48 часов вначале санкционируется (хотя и формально) судом, что вытекает из требования ч. 2 ст. 22 Конституции РФ, и только затем в течение 5 дней вопрос о правомерности госпитализации рассматривается по существу в ходе судебного заседания. Прием жалобы пациента (в отличие от приема заявления от представителя больницы) не влечет для

суда необходимости совершения каких-либо незамедлительных действий по проверке законности задержания пациента в психиатрическом стационаре свыше 48 часов.

Впрочем, в российском законодательстве не сформулировано понятие “безотлагательного” рассмотрения судом вопроса о правомерности ограничения свободы гражданина. С 2010 г. процессуальное законодательство оперирует понятием “разумные сроки” осуществления судопроизводства. Этот термин был введен во исполнение ст. 6 Конвенции, гарантирующей право на справедливое публичное разбирательство дела в разумный срок независимым и беспристрастным судом.

Исходя из требований ст. 6 Конвенции, как сам 5-дневный срок рассмотрения судом жалобы пациента на недобровольную госпитализацию, так и установленное в законопроекте начало его исчисления, представляются неприемлемыми. По законопроекту этот срок исчисляется не с момента госпитализации, т.е. ограничения свободы, а со дня подачи жалобы в суд. Кроме того он исчисляется в днях, хотя применительно к вопросам ограничения свободы гражданина должен исчисляться в часах.

Согласно ст. 6¹ ГПК РФ при определении разумного срока судебного разбирательства, который включает в себя период со дня поступления заявления в суд первой инстанции до дня принятия последнего судебного постановления по делу, учитываются такие обстоятельства, как правовая и фактическая сложность дела, поведение участников гражданского процесса, достаточность и эффективность действий суда, осуществляемых в целях своевременного рассмотрения дела, и общая продолжительность судопроизводства по делу. Статья 6¹ ГПК РФ при определении разумного срока не предполагает учет каких-либо иных обстоятельств, в частности связанных с ограничением свободы гражданина. Из ст. 6¹ ГПК РФ следует, что “разумный” срок судопроизводства по всем категориям гражданских дел должен исчисляться со дня подачи заявления в суд. Такая позиция законодателя не бесспорна. Согласно правовой позиции, выработанной Европейским судом, если лицо задержано, заключено под стражу, к нему применены иные меры процессуального принуждения, “разумные” сроки начинают исчисляться со времени задержания лица, заключения под стражу или применения иных мер процессуального принуждения³. Основываясь на том, что п. “е” ч. 1 ст. 5 Конвенции относит к лишению свободы и задержание душевнобольных, можно заключить, что исчисление “разум-

³ См. постановление Пленума Верховного Суда РФ от 10 октября 2003 г. № 5 “О применении судами общей юрисдикции общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров Российской Федерации”.

ного” срока в нашем случае должно начинаться уже с момента водворения лица в стационар, а не со дня подачи им жалобы в суд.

Законопроект, к сожалению, содержал немало ошибок и технико-юридических погрешностей⁴. Во многом это было обусловлено трудностями “встраивания” в нормы гражданского процесса вопросов, касающихся ограничения свободы граждан. После доработки законопроект должен был быть представлен в Госдуму в виде законодательной инициативы Правительства РФ. Информацией о его дальнейшем движении мы не располагаем.

Одной из концептуальных недоработок законопроекта являлась неопределенность, пожалуй, в самом сложном вопросе: как совместить между собой два процесса — рассмотрение жалобы пациента на его госпитализацию и рассмотрение заявления представителя психиатрического учреждения о недобровольной госпитализации этого лица.

Попытка ответить на данный вопрос в практическом плане была предпринята Судебной коллегией по гражданским делам Свердловского областного суда⁵, который был вынужден отреагировать на принятое Европейским Судом Постановление по жалобе Ракевич, поскольку оно касалось нарушений, допущенных Орджоникидзевским районным судом г. Екатеринбурга.

Судебная коллегия пришла к выводу, что если гражданином оспаривается диагноз, установленный комиссией врачей-психиатров, и он по этому основанию обжалует помещение его в стационар, то *оба заявления должны рассматриваться судом по правилам главы 25 ГПК РФ*⁶ с назначением судебно-психиатрической экспертизы (далее — СПЭ). Судам разъяснялось далее, что при несогласии с заявлением и заключением комиссии врачей-психиатров о необходимости принудительной госпитализации (а также при ее продлении) заинтересованное лицо вправе инициировать в этом процессе вопрос о законности госпитализации подачей заявления об оспаривании действий по правилам главы 25 ГПК РФ. Такое право судья обязан разъяснить заинтересованному лицу и его представителю (адвокату). При подаче такого за-

явления дело уже не подлежит рассмотрению в порядке особого производства. Оно по обоим требованиям должно быть рассмотрено по правилам главы 25 ГПК РФ. В этом случае, по мнению Судебной коллегии, международное право не будет нарушено, и дело будет разрешено в соответствии с российским законодательством. При обоснованности жалобы суд ее удовлетворяет и отказывает психиатрическому учреждению в принудительной госпитализации, а при необоснованности — отклоняет жалобу (оставляет ее без удовлетворения) и удовлетворяет заявление учреждения о принудительной госпитализации (ее продлении).

Рекомендованная Судебной коллегией Свердловского облсуда “схема действий” по разрешению правовой проблемы, как представляется, не способна обеспечить исполнение Постановления Европейского Суда по делу Ракевич, поскольку в рекомендациях право пациента на подачу жалобы ограничено рядом условий.

Во-первых, жалоба пациента связывается с его несогласием по поводу выставленного ему диагноза. При этом не учитывается, что пациент может выразить свое несогласие не столько с диагнозом, сколько с основаниями для его недобровольной госпитализации, перечисленными в ст. 29 Закона о психиатрической помощи (с квалификацией его психического расстройства как тяжелого; с оценкой его поведения как представляющего непосредственную опасность для себя или окружающих; с решением врача о невозможности проведения лечения в амбулаторных условиях и др.).

Во-вторых, в рекомендациях говорится о несогласии лица с тем диагнозом, который ему выставлен врачебной комиссией. Но возможность реализации лицом права обжаловать свое помещение в стационар (т.е. фактически заключение под стражу) не должна откладываться до наступления какого-либо момента в будущем. В данном случае — до момента завершения комиссионного освидетельствования пациента, на которое законом отведено двое суток, или тем более момента ознакомления пациента с его результатами. Следует учитывать также, что на практике пациент больницы психиатрического профиля обычно лишен возможности ознакомиться с заключением комиссии. Врачи-психиатры стараются “не озвучивать” пациенту его диагноз и тем более не предоставлять ему медицинские документы в письменном виде. Возможность для пациента получить о себе необходимую информацию может появиться лишь в судебном заседании по рассмотрению заявления представителя стационара.

Во-третьих, жалоба пациента связывается с его несогласием с заявлением в суд представителя психиатрического стационара или с заключением комиссии. Однако в гражданском процессе, в т.ч. по делам особого производства, к которым относятся дела о недоб-

⁴ Об этом подробнее см.: Аргунова Ю. Н. Должен ли гиппократовский принцип “не навреди” соблюдаться и в законотворческой деятельности? // Независимый психиатрический журнал, 2005, № 4.

⁵ См. Справка Свердловского областного суда от 23.09.2004 по результатам обобщения практики рассмотрения дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар (о продлении срока принудительной госпитализации) и принудительном психиатрическом освидетельствовании.

⁶ Глава 25 ГПК РФ регулирует производство по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих.

ровольной госпитализации, заинтересованное лицо (пациент) на основе принципа состязательности и равноправия сторон и так вправе выражать свое мнение, в т.ч. несогласие, в отношении представленных психиатрическим учреждением доказательств, давать объяснения по делу, заявлять ходатайства, в т.ч. о назначении СПЭ. Для реализации указанных прав пациенту не требуется подавать в суд отдельную жалобу. Достаточно уже имеющегося у суда заявления представителя психиатрического стационара. Кстати, по делам данной категории в целом по России ежегодно проводится несколько десятков СПЭ⁷.

Путем подачи жалобы в суд пациент оспаривает не заявление больницы и не заключение комиссии, а действия врача, принявшего решение о препровождении доставленного в стационар пациента в больничную палату, что обусловило его удержание там (а также недобровольное лечение, применение мер физического стеснения и изоляции) еще до комиссионного освидетельствования и составления представителем стационара заявления в суд.

В-четвертых, инициирование пациентом рассмотрения вопроса о законности госпитализации путем подачи жалобы лишь в ходе проходящего процесса по рассмотрению заявления представителя больницы не обеспечивает исполнение требований Европейского Суда, поскольку возникновение у пациента права на подачу жалобы по-прежнему опосредовано инициативой представителя стационара и отдалено во времени.

Вызывает также сомнения корректность ссылок в данном случае на главу 25 ГПК РФ. По мнению некоторых судей, нормы главы 25 ГПК РФ к рассматриваемым правоотношениям не применимы, поскольку «врачи (главные врачи) медицинских учреждений не относятся к должностным лицам органов власти, чьи действия могут быть оспорены в порядке, установленном главой 25 ГПК РФ»⁸. Такая точка зрения, впрочем, нуждается в переосмыслении с учетом правовой позиции Конституционного Суда РФ, изложенной им в Постановлении от 18 июля 2012 г. № 19-П и положений ст. 1 и 2 Федерального закона от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (в редакции Федерального закона от 7 мая 2013 г. № 80-ФЗ). Действие данного закона теперь распространяется на рассмотрение обращений граждан не только органами, но и учреждениями здравоохранения, включая

учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

Анализ рекомендаций Судебной коллегии Свердловского облсуда, а также положений упоминающейся главы 25 ГПК РФ и ст. 47, 48 Закона о психиатрической помощи свидетельствует о том, что имеющихся в законодательстве правовых средств недостаточно для обеспечения исполнения требований Конвенции в части защиты прав и свобод граждан, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Хранит молчание по этому поводу и Пленум Верховного Суда РФ, давший подробные рекомендации по применению главы 25 ГПК РФ в своем постановлении 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»⁹.

⁹ Согласно п. 25 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 10 февраля 2009 г. № 2 (в ред. постановления Пленума от 9 февраля 2012 г. № 3) при рассмотрении дела в порядке главы 25 ГПК РФ суду надлежит выяснять:

- имеет ли орган (лицо) полномочия на принятие решения или совершение действия. В случае, когда принятие или непринятие решения, совершение или несвершение действия в силу закона или иного нормативного правового акта отнесено к усмотрению органа или лица, решение, действие (бездействие) которых оспариваются, суд не вправе оценивать целесообразность такого решения, действия (бездействия);

- соблюден ли порядок принятия решений, совершения действий органом или лицом в том случае, если такие требования установлены нормативными правовыми актами (форма, сроки, основания, процедура и т.п.). О незаконности оспариваемых решений, действий свидетельствует лишь существенное несоблюдение установленного порядка;

- соответствует ли содержание оспариваемого решения (действия) требованиям закона и иного нормативного правового акта, регулирующих данные правоотношения.

Основанием к удовлетворению жалобы может служить нарушение требований законодательства хотя бы по одному из оснований, свидетельствующих о незаконности решений, действий (бездействия).

Как указывается в п. 28 постановления Пленума, при удовлетворении жалобы суд в резолютивной части решения должен указать на признание незаконным:

- либо решения и в необходимых случаях на принятие в установленный судом срок мер для восстановления в полном объеме нарушенных прав и свобод заявителя или устранения препятствий к их осуществлению;

- либо действия (бездействия) и на возложение на орган или должностное лицо обязанности в течение определенно-го судом срока совершить в отношении заявителя конкретные действия.

Названный срок судам необходимо устанавливать с учетом характера дела, а также действий, которые следует совершить в целях устранения в полном объеме допущенного нарушения прав и свобод заявителя или препятствия к осуществлению его прав и свобод.

⁷ Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор. — М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского», 2012. — Вып. 20. С. 193.

⁸ См., например, Кассационное определение Брянского областного суда от 12 августа 2010 г. по частной жалобе Крыловой Т. М.

Пленум Верховного Суда РФ уклонился от дачи разъяснений по данному вопросу и в своем недавнем постановлении от 27 июня 2013 г. № 21 “О применении судами общей юрисдикции Конвенции о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 года и Протоколов к ней”. Пленум ограничился лишь общей констатацией того факта, что правовые позиции Европейского Суда учитываются при применении законодательства Российской Федерации. В частности, содержание прав и свобод, предусмотренных законодательством Российской Федерации, должно определяться с учетом содержания аналогичных прав и свобод, раскрываемого Европейским Судом при применении Конвенции и Протоколов к ней (п. 3). Что же касается непосредственно применения судами положений п. 4 ст. 5 Конвенции, то данный аспект в постановлении Пленума (п. 14) рассматривается исключительно в контексте уголовно-процессуального законодательства.

Правила главы 25 ГПК РФ при рассмотрении жалобы пациента на недобровольную госпитализацию могут применяться (некоторые из опрошенных нами судей были вынуждены с этим согласиться), но, как представляется, лишь в качестве временной заместительной процедуры (по аналогии закона) до внесения в законодательство необходимых изменений, работу над которыми следует ускорить. Сроки рассмотрения жалобы должны быть снижены и скорректированы с учетом требований Европейского Суда. 10-дневный срок рассмотрения жалобы (заявления), установленный ст. 257 ГПК РФ, для данной категории дел неприемлем, т.к. не соответствует критерию “безотлагательности” рассмотрения случаев заключения под стражу.

Впрочем, существует все же и другой, бескомпромиссный, путь — применять напрямую положения

п. 4 ст. 5 Конвенции в толковании Европейского Суда по делу Ракевич. Оценка Европейским Судом правового акта как не соответствующего Конвенции, хотя и не влечет его автоматической дисквалификации, но порождает обязанность правоприменителя применять нормы международного права, имеющие приоритет (ч. 4 ст. 15 Конституции РФ, ст. 7 ГК РФ, ч. 4 ст. 11 ГПК РФ). Преюдициальность толкований Конвенции позволяет применять постановления Европейского Суда напрямую, не ожидая приведения законодательства государства в соответствие с Конвенцией.

Конституционный Суд РФ в своём Постановлении от 5 февраля 2007 г. № 2-П указал на то, что, как и Конвенция, решения Европейского Суда — в той части, в какой ими, исходя из общепризнанных принципов и норм международного права, дается толкование содержания закрепленных в Конвенции прав и свобод, включая право на доступ к суду и справедливое правосудие, — являются составной частью российской правовой системы, а потому *должны учитываться федеральным законодателем* при регулировании общественных отношений и *правоприменительными органами* при применении соответствующих норм права.

Чинение препятствий лечебным учреждением в незамедлительной подаче пациентом (его представителем) жалобы в суд на недобровольную госпитализацию, равно как и отказ суда в приеме или рассмотрении такой жалобы, составленной надлежащим образом, является нарушением Конвенции. Норма закона, на основании которой пациенту будет отказано в праве подачи такой жалобы, может стать предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ю. Н. Аргунова

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ И ОПЕКА

(Вопросы и ответы)

М., 2013. — 224 с.

Заказать книгу можно по электронной почте: info@npar.ru

или по адресу:

119602, Москва, Олимпийская деревня, д.15, кв.61,

Аргуновой Юлии Николаевне

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Дело “русского Брейвика”

30-летний юрист Дмитрий Виноградов, хотя и погубил в 13 раз меньше людей, чем Брейвик, стал испытанием для отечественной психиатрии и индикатором для отечественной Фемиды.

Помещаемое ниже наше заключение на заключение Центра им. Сербского, составленное полгода назад, стало основанием для ходатайства адвоката о назначении дополнительной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, но было небрежно отклонено. Приводится наш комментарий на этот отказ, а также последняя половина текста манифеста Дмитрия Виноградова, дописанная (по свидетельству родителей) экспромтом в ночь перед расстрелом. В отличие от рационалистического текста речи на суде “воинствующего националиста” (по его собственному выражению) Андреаса Брейвика, манифест Дмитрия Виноградова — предельно, до иступления, аффективный иррациональный текст.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ психиатра и психолога относительно заключения комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 22 января 2013 г. в отношении Виноградова Дмитрия Андреевича, 1983 г. рожд.

Настоящее заключение составлено 25 февраля 2013 г.

по запросу адвоката Савенкова Александра Николаевича

на основании представленных им документов:

1) Ксерокопия заключения комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 22 января 2013 г. № 34 стационарной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы Виноградова Дмитрия Андреевича, 1983 г. рожд., обвиняемого по ст.ст. 105 ч. 2 п. “а”, 30 ч. 3 УК РФ;

2) Текст на двух страницах, представляющий “Манифест” Виноградова Дмитрия Андреевича, и компакт-диск с двумя фотографиями с личной страницы в социальной сети “VK СОМ”;

3) Ксерокопия заключения комиссии экспертов № 430э/2 от 17 января 2013 г. (комплексная судебная психолого-лингвистическая экспертиза в отношении Виноградова Д. А.);

для ответа на вопросы:

1) является ли заключение комиссии экспертов от 22 января 2013 г. № 34 всесторонним и полным?

2) являются ли ответы экспертов на шесть заданных им вопросов научно обоснованными?

Заключение написано на 23 страницах. Из них 1,5 страницы занимает паспортная часть; данные медицинской документации, характеристики с места работы, показания родителей и соседей и материалы уголовного дела — 9,5 страниц; соматоневрологическое состояние — 1 стр., психическое состояние — 3 страницы, экспериментально-психологическое ис-

следование — 5,5 страниц — итого тоже 9,5 страниц. Таким образом, констатирующая часть занимает 19 страниц.

Ответы экспертов-психиатров на 6 заданных вопросов занимают меньше 1 страницы, ответ эксперта-психолога на 1 вопрос — 1,5 страницы.

Констатирующая часть заключения как экспертов-психиатров, так и эксперта-психолога написана на высоком уровне, информация, содержащаяся в многочисленных источниках, которыми располагали эксперты, изложена ясно, подробно и последовательно. Это позволяет опираться на изложенные данные с достаточной надежностью.

К сожалению, другим разделам заключения нельзя дать такой высокой оценки. Такие разделы, как обоснование психопатологической квалификации этих данных, рассмотрение альтернативных и дополнительных версий, разъяснения, что представляет из себя выставленный психиатрический диагноз, полностью отсутствуют, в силу чего обоснование ответа на ключевой второй вопрос — мог ли Виноградов Д. А. отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими при совершении инкриминируемого деяния? — нельзя назвать удовлетворительным и убедительным. Уязвимым и неполным образом дано и обоснование диагноза.

Из анамнеза известно, что с первых месяцев жизни у подэкспертного отмечалась повышенная нервно-рефлекторная возбудимость. Наблюдался неврологом с диагнозом “перинатальная энцефалопатия, синдром задержки гипертонуса больше справа и ре-

дукцией безусловных рефлексов”, в двухлетнем возрасте перенес острый гнойный отит, с раннего детства постоянно жаловался на периодические головные боли, в 4 года перенес сотрясение головного мозга и удаление аденоидов 2 – 3 степени (т.е. гипоксию мозга в период созревания), отмечалось частое моргание. Диагнозы невропатологов сформулированы недостаточно корректно: моргание, тики — это не навязчивые, а стереотипные движения, а вместо “невротических реакций” точнее говорить о невротоподобных реакциях сосудистого генеза, что следует из данных реоэнцефалографии (асимметричное нарушение сосудистого тонуса головного мозга) и эхоэнцефалографии (расширение желудочковой системы головного мозга). В связи с выставленным в шестилетнем возрасте диагнозом “астено-невротические реакции, гипертензионный синдром (компенсированный) на резидуальном фоне”, что означает — на органически отягощенной в прошлом почве, потребовался курс лечения нейролептиком соннапаксом.

Отмечались выраженная застенчивость (не мог отвечать у доски), трудности коммуникации, быстрое охлаждение к очередным увлечениям. С 12 лет, после диагноза эндокринолога “ожирение”, 14 лет придерживался жесткой вегетарианской диеты. В 19 лет был избит, отмечались признаки сотрясения головного мозга, начало снижаться зрение, спустя 8 лет обнаружился разрыв сетчатки правого глаза.

После успешного окончания школы, два года проучился в одном вузе, потом два года в другом и тоже потерял интерес. С однокурсниками не общался, т.к. “ему казалось, что его не так поймут, будут над ним смеяться, унижать его”, ушел из университета, ничего не сказав родителям. Проучился год на курсах программистов, но, проработав три месяца, уволился, после четырех месяцев на другой работе опять уволился. Вернулся на заочное отделение университета, т.к. не хотел учиться в коллективе, устроился на работу юриста-консультанта, отношения ни с кем не поддерживал, но трижды выступал в роли активного волонтера, в частности в сфере защиты природы. Сотрудники характеризовали его странным, замкнутым человеком. Он обычно не здоровался, не поднимал головы, смотрел под ноги. С коллегами “абсолютно не общался”. Единственным исключением было сближение в конце весны 2011 года с сильно понравившейся ему девушкой Анной К.

В ноябре 2011 года тяжело пережил свою первую сексуальную неудачу. 22.12.2011 обратился к психиатру. Диагноз: “тревожно-депрессивный синдром на резидуально-органическом фоне”. Оплатил поездку с Анной в Эдинбург на 6 января 2012 г., но, по его показаниям, в новогоднюю ночь пошел в ресторан с друзьями Анны, чувствовал себя с ними “неловко”, постоянно думал о своей сексуальной неудаче... На следующий день послал Анне два непристойных оскорбительных SMS-сообщения, что расстроило по-

ездку. Это вызвало у него “приступы ярости” и решение поджечь офис или купить оружие и устроить перестрелку. По показаниям Анны 02.01.2012, они вместе были на катке, в кафе, тепло расстались, а 03.01.2012 утром неожиданно пришли SMS-сообщения с грубым текстом: “Я с тобой, сука, никуда не поеду”... И многое другое, из чего “поняла, что Дмитрий неадекватен”. Он продолжал упорно извиняться, но в марте начались грубые оскорбления и даже удар кулаком с угрозами. Продолжал писать ей странные сообщения о смерти и суициде. Потом начал избегать.

Еще в январе он получил разрешение на охотничье оружие и спустя месяц приобрел его. В марте 2012 г. посетил психиатра дневного стационара ПБ № 1, и в течение месяца принимал в минимальных дозах нейролептик сердолект и одновременно в течение трех месяцев антидепрессант ципралекс, а также в течение недели — нормотимик финлепсин, а его психическое состояние было расценено как “реактивно спровоцированная депрессия у акцентуированной личности”. В течение этих трех месяцев постоянно думал, по его словам, о самоубийстве, посещая соответствующие сайты, но переключился на стрельбу в офисе. В июне дважды приходил к психологу дневного стационара ПБ № 1, но в связи с отказом от курса лечения в условиях этого учреждения карта на него не заводилась. В конце августа 2012 г. продолжал подготовку массового расстрела на работе, закупая снаряжение, делился этим с сотрудницей, которая не восприняла это всерьез, продолжал писать по электронной почте письма Анне, так что два его начальника предлагали ему оставить ее в покое. Его это “очень сильно злило”. “Казалось, что все настроены против него”. На странице “В Контакте” разместил (“чтобы Анна была осведомлена, насколько он зол и как ему плохо”), две картинки с изображением “негритенка” с автоматом в руках и надписью на английском языке “Кончай с расизмом, убивай всех!” Мысли о расстреле его не покидали, хотя внешне это было совершенно незаметно, только 6 ноября 2012 г. он “был больше чем обычно погружен в себя, на лице его была щетина, что очень необычно”. 7 ноября 2012 г. с 9 до 10:30, имея при себе два заряженных ружья с лазерным прицелом “для более точной прицельной стрельбы по объектам” и 8 магазинов с патронами, расстрелял шесть человек. “Хотел убить как можно больше людей” в офисе Анны, чтобы она это видела. Ранним утром этого дня разместил на странице “В Контакте” Манифест следующего содержания: “Человечество — это паразиты Земли и человечество надо уничтожить”.

Задержанный не скрывал, что расстрел был им запланирован, а после него планировал покончить самоубийством, упрашивал пристрелить его, причем говорил это не эмоционально и выглядел чересчур спокойным.

В следственном изоляторе был установлен диагноз: “продолжительная депрессивная реакция, неза-

вершенный расширенный суицид на фоне неуточненного расстройства личности и поведения в зрелом возрасте”. Был направлен в ПБ СИЗО-2, где 9 ноября поставлен диагноз “расстройство личности и поведения в зрелом возрасте. Суицидальные намерения на фоне пролонгированной депрессивной реакции”. 18 дней (с 9 по 27 ноября 2012 г.) лечился в стационаре с диагнозом “дистимия”, получая амитриптилин до 300 мг в сутки (12 таблеток) и феназепам до 2 мг в сутки. Указанные дозы амитриптилина совершенно неадекватны поставленному диагнозу и используются при тяжелой психотической депрессии, признаки которой полностью отсутствовали. Два месяца (с 28.11.2012 по 30.01.2013) находился на стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе в ГНЦ социально-судебной психиатрии имени В. П. Сербского. Заключение оттуда датировано 22.01.2013 г.

Психический статус написан явно на основе однократной комиссионной беседы, отсутствуют данные о поведении в течение двухмесячного, т.е. вдвое большего, чем обычно, срока пребывания подэкспертного в отделении, не использованы и не приводятся записи из журнала наблюдения персонала, отношений подэкспертного с окружающими, поведения в отделении и т.д.

Из описания следует, что подэкспертный охотно беседовал, “с чувством удовлетворения и собственной значимости” отвечал на все вопросы, “не скрывал своих оценок и суждений”, “с удовольствием” многократно анализировал собственную личность, был склонен к психологизированию, но при этом обнаруживал “противоречивые, внутренние несогласованные суждения”, “рассуждательство”, “витиеватость”, склонность к фантазированию, отметил, что “плохо понимает шутки других”, “обнаружил неспособность к пониманию мотивов действий окружающих и эмоциональному резонансу”, “неадекватно улыбался теме обсуждаемого”.

Аффективная реакция не носила депрессивного характера, вместо виновности — досада и злость на себя и всех, что не всё получилось и временами “водоудушевление”, “что смог, что решился совершить такое”, что “восстанавливает уважение к себе”, “ничуть не раскаивается”. Характерно “однообразие эмоциональных реакций”. Воспоминания о содеянном носят перед сном доминирующий характер. Называет свое состояние последние три года “депрессией”.

Рассказывает, что с 16 лет “стал ощущать, что окружающие относятся к нему “враждебно, неуважительно, даже с насмешкой, а девушки просто презируют без причины”, “даже на интернет-форумах с ним переставали общаться”, в ответ на свою деликатность по отношению к окружающим “чувствовал жестокость и пренебрежение”. Описанное можно трактовать как формирование параноических черт личности либо первое проявление бредового настроения и даже

бредового восприятия. Преобладание сензитивно-шизоидных черт характера (“замкнутый, обидчивый, сомневающийся”). Однако его собственная психогенетическая интерпретация своего поведения (“хотелось совершить что-то значимое”, доказать Анне свою значительность) в качестве ведущей причины совершенного наименее вероятна.

В беседе с психологом излагает свои “философские идеи”, “пути развития человечества”, **наиболее важной идеей считает расстрел людей**. Полагает, что совершил правильный поступок, значительная часть людей уважает его за смелость. Планирует написать художественное автобиографическое произведение с изложением своей философии и мировоззрения.

Оценка всего этого, как только “несколько сниженной критической способности”, очень сомнительна, также как некорректно говорить, что подэкспертный “склонен к реакциям самообвинения” на основании его недовольства своей неловкостью при расстреле: “я был неловкий там, когда всё делал, надо было четко, я не удовлетворен собой”. Суицидальные намерения отсутствуют. Налицо бредовая настроенность: “легко актуализируется ощущение враждебности со стороны окружающих, а также ответная враждебность к ним; он насторожен, подозрителен, склонен к интерпретации событий, мотивов действий окружающих, их субъективному, а порой искаженному видению”.

Собранные экспертами данные дают возможность нескольким диагностическим версиям, из которых **резидуально-органическая почва** с рождения, пополнившаяся в раннем детстве и в последующем, а также **психопатический склад личности**, промежуточный между сензитивно-шизоидным и параноическим, являются несомненными почвой и фоном.

Дискуссионным, требующим тщательной клинико-психопатологической дифференцировки, является выбор одного из нескольких напрашивающихся здесь диагнозов.

Это выставленный экспертами диагноз **шизотипическое личностное расстройство** (F21.8), который представляет собой психопатоподобную и неврозоподобную формы шизофрении, выведенные в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) в самостоятельный кластер, что следовало разъяснить суду. Но клинико-психопатологическая картина Виноградова Д. А. не ограничивается “чудаковатым поведением и аномалиями мышления и эмоций”, как определяется шизотипическое расстройство в МКБ-10, она намного грубее.

Поэтому более вероятным был бы диагноз **хронического бредового расстройства**, а точнее одной из двух его форм.

Это **паранойяльная шизофрения с сензитивным бредом отношения** (F22.03), развившимся после сексуальной неудачи, о которой могут догадаться окружающие, отсутствие контактов с которыми толь-

ко усугубляло эти мысли, характерные для него, пережившего идеи отношения в годы учебы во втором вузе, когда ему казалось, что его не так поймут, будут над ним смеяться и унижать его. Естественно предположить, что догадавшимся об этом, скорее всего, будет окружение Анны в ее офисе. По знаменитому хрестоматийному для психиатров примеру “сенситивного бреда отношений” — “Fall Wagner” — случая учителя Вагнера, разворачиванию идей отношения которого послужил тайный онанизм, о котором якобы догадались окружающие. При этом исчезает критическое отношение, сознание сужается, полностью соответствует аффективной установке.

Либо это **паранойяльная шизофрения (F22.82)**, где бред не выводится из личности и жизненной ситуации и сохраняется более трех месяцев.

Второй из этих двух последних диагнозов является более тяжелым. За его большую вероятность свидетельствует очень крупный довод — документ, вывешенный подэкспертным накануне расстрела, который условно можно назвать **“мой манифест”**, о котором эксперты упоминают только мимоходом (!), вопреки его фундаментальной важности.

Этот манифест, представленный нам в качестве объекта лингвистического и психологического анализа, несомненно подлежит также тщательному психопатологическому анализу. Однако еще до такого анализа он очевидным образом свидетельствует о давно выношенной, глубоко личной убежденности, сформулированной мировоззренческой основе произведенного расстрела. Как известно, мировоззрением в строгом смысле слова обозначаются не самодекларации, а реальное поведение, стиль жизни. При всей широкой образованности подэкспертного, его начитанности, его нищезанятости, текст его манифеста — не компиляция чужих текстов, а явно собственная продукция. А его компьютерные способности в сочетании со стилем времяпровождения и характером интересов позволяют с высокой вероятностью допустить давние идеи такого рода. Такая психологическая выводимость из характера и ситуации или рациональное выведение из преследуемых целей и исповедуемых ценностей личности являются отличительной особенностью сверхценного бреда.

Для квалификации паранойяльного бреда решающим является выводимость из целей и ценностей личности либо из ее характера и жизненной ситуации, для истинного первичного бреда — невыводимость.

Текст манифеста мог бы быть направлен и на специальный логический анализ, если бы на поверхности не лежала его явная алогичность, контрастирующая с высоким интеллектуальным уровнем Виноградова Д. А. Это уже само по себе диагностически значимое обстоятельство.

Задача экспертов состояла в анализе манифеста в психопатологическом аспекте. Написанный на двух

страницах “Манифест” представляет концентрат психопатологически значимых характеристик.

1) Прежде всего, это несомненная неколебимая уверенность в своих убеждениях, высказываемых тезисах, которые проявились как в квазирациональной форме (“я уверен, что у меня есть достаточно оснований...”, “я смог хорошо рассмотреть...”), так и в экзальтированном выплеске своих идей в виде бессмысленного призыва к уничтожению человечества за его бессмысленность (“Я ненавижу бессмысленность человеческой жизни”. “Вы здесь лишние, вы — генетический мусор, которого здесь быть не должно... который должен быть уничтожен”).

2) Спаянность с личностью подэкспертного, с его “Я” (“все, что я увидел и узнал за свою жизнь, воспитало во мне ненависть к человечеству как виду”, “я ненавижу человеческое общество и мне противно быть его частью!”).

3) Планетарная масштабность (вся Земля, все человечество).

4) Резкая переоценка себя.

5) Концептуализация катастрофичности (“запас прочности Земли уже исчерпан”), омассовления, утраты индивидуальности.

6) Внутренняя противоречивость, алогичность, так напр., наряду с, казалось бы, предельным критицизмом — удивительная наивность (“основной принцип жизни теперь — принцип гуманизма”).

7) Формализм, выхолощенность, не только отсутствие персонификации, но всякой конкретности, живой жизни, одни голые абстракции, сверхобобщения. Острие враждебности направлено не на конкретных врагов, а носит совершенно расплывчатый сверхобобщенный характер — все человечество. Оно же является адресатом его призыва. Таким образом, нет признаков смутного ощущения закулисья и борьбы с ним в объективизированных и персонифицированных формах, характерных для профашистских сайтов.

Перед нами явная бредовая система и нарушения мышления.

Психологическое исследование выявило “дезинтегрированность структуры личности с наличием внутренне противоречивых, зачастую несогласованных мотивационных и ценностных образований”, с высокой, неустойчивой, с резкими колебаниями самооценкой, амбивалентностью по многим характеристикам:

- сензитивность и холодность;
 - желание доминировать и чувство ущербности;
 - стремление к признанию и презрение к другим;
 - уверенность в превосходстве и боязнь общения;
- и т.д.

В соответствии с этим буквальное изображение смысла на пиктограмме: на слово “сомнение” рисует человеческую голову с трещиной посередине. Такие буквальность и амбивалентность **характерны для шизофрении**, а не паранойяльного развития личности.

Выявилась склонность к бесплодному самоанализу и фантазированию. Среди других расстройств мышления:

- “склонность к рассуждательству на значимые темы с внутренней противоречивостью суждений и оценок”;

- “неравномерность процесса обобщения со снижением уровня и четкости отдельных решений”;

- “затруднения в понимании смыслового подтекста сложных изображений”;

- “ригидность, негибкость, ограниченность доступных поведенческих стратегий, их стереотипность, недифференцированность в зависимости от конкретных обстоятельств”.

Тест Роршаха обнаружил “выраженное снижение четкости и качества продукции”.

Психологический анализ манифеста, проведенный в рамках психолого-лингвистической экспертизы, написан очень формально и малосодержательно, очень далеко от психологии личности, в результате, очень упрощенно. Например, рисунок негритенка с автоматом трактуется как “если убить всех, то и расизма не будет” (стр. 14 психолого-лингвистической экспертизы). Между тем, изображение негритенка с автоматом и надписью “кончай с расизмом, убивай всех”, воспринимаемое целостно, а не по частям, представляет хрестоматийный пример “черной пропаганды”. — Расизм в сознании нашего населения представляется уничтожением, прежде всего, негров, поэтому призыв негритенка с автоматом воспринимается как призыв убивать всех белых в расчете на их зеркальную реакцию и, таким образом, на стравливание всех со всеми, чтобы перебили друг друга. Все это — изоциренно злобное хитроумие, продиктованное бредовой жесточенностью и ненавистью ко всему миру, с демонстративным использованием нацистской символики в виде гестаповских рун.

Следует отметить на редкость содержательно богатую, тщательно написанную констатирующую часть заключения эксперта-психолога. Но в обобщающей части эксперт-психолог не избежала психологизирования и спорной иерархии мотивов подэкспертного. В результате, обоснование ответа на заданный четвертый вопрос нельзя назвать убедительным. Унижение от сексуальной неудачи, каким бы сильным оно ни было, не могло сыграть роль причины столь значительного поступка как расстрел сотрудников Анны К. Здесь звучит, прежде всего, измененная болезнью личность, бредовая реакция такой личности. Впечатлитель подругу избранным им образом — не просто нелепость, не характерологическая, и не истерическая, а бредовая реакция. Попытки психогенетического объяснения здесь совершенно беспомощны.

Реальная диагностическая альтернатива состоит в данном случае не между “шизотипическим расстройством” и “бредовым расстройством”, а между “бредовым расстройством” и “шизофрени-

ей”, т.е. в любом случае подэкспертный психически значительно более тяжелый больной, чем установили эксперты. А это определяет ответы на другие вопросы.

Таким образом, перед нами не просто шизотипическая личность, а человек с развернутым систематизированным бредом, уже давно не паранойальным, а скорее, парифреническим в силу грандиозной масштабности, вплоть до мега-степени, переоценки себя как чуть ли не призванного распоряжаться судьбами не просто других людей, а всего человечества. Сам факт существования такого манифеста, а значит, давно сложившейся бредовой системы позволяет трактовать идеи отношения в отношении своей сексуальной неудачи, как влившиеся в эту бредовую систему, увязанные с ней и завершившиеся реальным массовым гомоцидом. Это не позволяет исключить **атипичную форму шизофрении (F20.8)**.

Суду важно разъяснить, что рассматриваемая диагностическая альтернатива в течение века продолжает оставаться наиболее сложной и спорной в психиатрии и, таким образом, основной проблемой, требующей всякий раз индивидуального решения. Этот так называемый спор о паранойе: “развитие личности или процесс”?, выступающий в настоящее время в МКБ-10 в виде альтернативы следующих диагнозов:

1) шизотипическое расстройство (“психопатоподобная шизофрения”);

2 – 3) хроническое бредовое расстройство (“паранойальная шизофрения”, выводимая или не выводимая из личности и ситуации);

4) шизофрения (“атипичная форма”).

Помимо того, что это самая сложная проблематика психиатрии, в данном случае следует учесть высокий интеллектуальный уровень подэкспертного, его юридическое образование, профессию юриста и опыт выступления в судах. Поэтому легко прогнозировать, что на судебном заседании Виноградов Д. А. может произвести впечатление чуть ли не здорового человека. Между тем, это человек, полный бреда, совершенно искаженно понимающий окружающих, а его концепция служит основанием для общественно опасных поступков.

Таким образом, учиненный подэкспертным расстрел — не императивный поступок, не кратковременный момент особого психического состояния, а длительно методически последовательно подготовляемый акт на основе выношенной бредовой идеи, пропитываемой в числе прочего и личным мотивом, который определил лишь конкретное место и время.

Следует учитывать, что психический статус подэкспертного писался экспертами уже после очень активной психотропной терапии (см. стр. 5).

Итак, хотя крупность и громкость рассматриваемого дела мотивировала экспертов на особенно тщательное написание акта, и он действительно в основном, во всем чего непосредственно коснулся, написан

превосходно, нельзя не сделать нескольких **принципиальных критических замечаний**.

Это, **во-первых**, фактическое игнорирование психопатологического анализа манифеста подэкспертного, болезненный характер которого очевиден непрофессионалу.

Во-вторых, полное игнорирование обязательных, согласно инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 “Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)”, утвержденной приказом Минздрава России от 12.08.03 № 401, целых ее разделов, посвященных квалификации полученных данных, их анализу, обсуждению альтернативных версий и обоснованию своей версии. Вместо этого эксперты сразу вслед за констатирующей частью помещают ответы на шесть вопросов с очень кратким обоснованием, занимающим меньше одной страницы, что говорит само за себя.

В-третьих, эксперты-психиатры представляют психическое состояние подэкспертного на основании всего лишь единичной комиссионной беседы с ним — 22.01.2013 г., тогда как он пробыл на стационарной экспертизе в Центре имени В. П. Сербского два месяца. Фактически отсутствуют данные динамического наблюдения за подэкспертным, в частности из журнала наблюдений персонала, им посвящено несколько строчек. Только психолог исследовал подэкспертного дважды.

В-четвертых, выставленный Виноградову Д. А. диагноз “шизотипического личностного расстройства” очень уязвим, а его аргументация не соответствует критериям МКБ-10, т.к. игнорирует центральное положение сверхценной, а очень вероятно, бредовой идеи, что является доминирующим расстройством. Между тем, диагноз предопределяет ответы на другие вопросы.

В-пятых, эксперты, удовлетворившись диагнозом фактически психопатоподобного синдрома, проигнорировали, не подвергнув анализу, несколько эпизодов состояния Виноградова Д. А., выходящего за пределы личностных расстройств: длившегося несколько месяцев и потребовавшего активной нейролептической и антидепрессивной терапии в 6-летнем возрасте, а также в 12 лет, около 20 и в 28 лет.

И, наконец, **в-шестых**, в заключении осталось совершенно неисследованным и непроясненным, сохраняются ли у Виноградова Д. А. и в какой мере идеи, изложенные в его манифесте. Между тем, хронический характер заболевания и характер болезненной установки на тотальное уничтожение всех людей (завершая собой) могут делать Виноградова Д. А. чрезвычайно опасным для себя и окружающих, способным устраивать катастрофы где только возможно.

Изложенное позволяет прийти к выводу, что представленное заключение комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 22 января 2013 г. № 34 в отношении Виноградова

Дмитрия Андреевича. 1983 г.рожд., вопреки превосходно написанной констатирующей части, отличается крайне односторонними, однозначными и спорными ответами экспертов-психиатров на первый, второй, третий и шестой заданные вопросы и не отражает сложности и подлинной тяжести психического расстройства Виноградова Д. А. Ответ эксперта-психолога также не является убедительным в силу попытки ограничиться психогенезом происшедшего, в то время как основным являются болезненные нарушения мышления, многочисленные и разнообразные свидетельства которых, включая бредовую настроенность, содержатся как в констатирующей части экспериментально-психологического заключения, занимающего 4 страницы, так и в обобщающей, более чем на 1 странице.

Заключение нельзя признать ни всесторонним, ни полным, а ответы на первый, второй, третий, четвертый и шестой заданные вопросы — научно обоснованными, что явным образом связано с игнорированием шести изложенных выше замечаний, в частности, отсутствием психопатологического анализа манифеста подэкспертного.

Таким образом, возникает настоятельная потребность в дополнительной экспертизе с целым рядом новых вопросов:

- как с психопатологической точки зрения можно расценить манифест подэкспертного и влияет ли это на выставленный Виноградову Д. А. диагноз?

- увязано ли содержание манифеста с личной темой якобы открытости его сексуальной несостоятельности? Можно ли вывести поведение Виноградова Д. А. в период инкриминируемого ему деяния из его личностных особенностей и жизненной ситуации? (вопросы психиатрам и психологу)

- каковы альтернативные версии диагностической квалификации психического состояния и диагноза и меняют ли они ответ на вопрос о том, мог ли Виноградов Д. А. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими при совершении инкриминируемого деяния?

- сохраняются ли у Виноградова Д. А. и в какой мере идеи, изложенные в его манифесте, и как это может влиять на его поведение?

- представляет ли Виноградов Д. А. опасность для себя или других лиц, может ли он своими действиями принести иной существенный вред?

- нуждается ли Виноградова Д. А. в постоянном наблюдении и лечении у психиатра в условиях психиатрического стационара?

После ответа на эти вопросы следует в более полном контексте ответить на основные вопросы предыдущего заключения.

Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова

КОММЕНТАРИЙ НА ОТКАЗ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ СПЭ

“Постановление о полном отказе в удовлетворении ходатайства” “о назначении повторной комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы Виноградову Д. А.” от 15.03.2013 является свидетельством изначальной установки следователя на скорейшее завершение дела вместо непредвзятого анализа явно грубого просчета заключения экспертов. Это следует, **во-первых**, из его удивительной небрежности: он написал “постановление о полном отказе” “в назначении **повторной** комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы”, тогда как ходатайство было в отношении **дополнительной** комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы с новыми вопросами и новыми ответами на первоначальные вопросы в свете полноценного анализа Манифеста и других новых данных.

Во-вторых, из подмены проведения дополнительной комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы опросом врача-докладчика экспертной комиссии, то есть лица, заинтересованного в сохранении чести мундира, который категорическим отрицанием неполноты проведенного анализа подтвердил свою предвзятость.

Неполнота заключения лежит на поверхности и буквально поражает: о “Манифесте” подэкспертного — одном из самых значимых свидетельств психического расстройства — в двух местах акта упоминается буквально по одной строчке. Психопатологически высоко значимые места “Манифеста” не цитируются, также как прямая речь подэкспертного, хотя это предписано Инструкцией (2.3.4; 2.3.14). Фактически проигнорировав одно из важнейших психопатологических свидетельств, эксперт-докладчик тут же голословно заявляет о “полном и всестороннем анализе”. Если бы мы не располагали текстом Манифеста, приложенном к комплексной психолого-лингвистической судебной экспертизе, мы не смогли бы с такой уверенностью подвергать сомнению диагностику и выводы экспертов. Утверждение эксперта-докладчика, что Манифест “учитывался в совокупности данных” и что “диагноз комиссии экспертов был поставлен в том числе и с учетом анализа Манифеста”, совершенно беспомощно, т.к. никаких следов анализа и обоснования этого в заключении нет, за исключением простого упоминания. О какой “полноте и всесторонности” может идти речь?

Ответ эксперта-докладчика относительно 4-ого и 5-ого замечаний, что “*все суждения специалистов базируются исключительно на анализе Манифеста*”, совершенно несостоятелен, т.к. специалисты опирались, прежде всего, на текст экспертного заключения, сверяя его с дополнительными представленными им материалами, среди которых был и не исследованный экспертами Манифест подэкспертного.

Важнейший вопрос “сохраняются ли у Виноградова Д. А. и в какой мере идеи, изложенные в его Манифесте, и как это может повлиять на его поведение?” экспертами вообще не исследовался, а эксперт-докладчик, согласно протоколу допроса, уклонилась от ответа, тогда как основным критерием бреда является его сверх-устойчивость. Между тем, Инструкция (2.3.9) предписывает “при описании психопатологических переживаний, имеющихся в настоящее время или наблюдавшихся в прошлом приводить наличие или отсутствие критической их оценки подэкспертным”.

На вопрос следователя: “Каковы альтернативные версии диагностической квалификации психического состояния и диагноза, и меняют ли они ответ на вопрос о том, мог ли Виноградов Д. А. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими при совершении инкриминируемого деяния?” эксперт докладчик отвечает: “... Вывод экспертов категоричный и не подразумевает наличия каких-либо “альтернативных версий диагностических квалификаций”. Тем самым эксперты нарушили принципиально важное положение Инструкции (2.2.5), согласно которому “при изложении определяющим является принцип “равноправия” диагностических (экспертных) гипотез, в соответствии с которым недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой, конечной диагностической и экспертной концепции. Необходимо приводить всю фактическую совокупность информации, имеющейся в материалах дела”.

Эксперты нарушили и многие другие важные пункты Инструкции. Продержав подэкспертного месяц и испросив разрешение о продлении экспертизы еще на второй месяц, эксперты дали крайне скудный шаблонный отчет о его поведении, лишенный каких-либо конкретных живых примеров, в нарушение статьи 2.3.11 Инструкции: в их заключении не содержатся “данные из дневников наблюдения медицинского персонала, которые должны отражать поведение подэкспертного в период всего наблюдения (особенности контакта, степень его дифференцированности, характер времяпровождения и др.)”.

Согласно ст. 2.3.7 Инструкции: “описание социального поведения подразумевает оценку особенностей контакта (удержание дистанции, степень заинтересованности, агрессивность и др.). Расплывчатые или преждевременные оценочные термины (“эксцентричен”, “демонстративен”, “неадекватен” и т.п.), которые более уместны при итоговых характеристиках, здесь не должны заменять описание конкретных особенностей поведения”. Это также не было выполнено.

Эксперт-докладчик, оспаривая формулировку вопроса “Выводимо ли поведение Виноградова Д. А. в период совершения инкриминируемого ему деяния из его личностных особенностей и жизненной ситуации?”, утверждает, что этот вопрос “свидетельствует

о некомпетентности и непрофессионализме эксперта”, что понятие “вывести” является бытовым, расплывчатым, предполагающим детерминированность поведения вместо его полимотивированности, тогда как “в принятых в экспертной практике категориях делается однозначный вывод о том, что присущие подэкспертному индивидуально-психологические особенности оказали существенное влияние на его поведение при совершении им правонарушения”. Эксперт не замечает, что отстаиваемая им шаблонная формулировка — “индивидуально-психологические особенности оказали существенное влияние” является намного более рыхлой и неопределенной, чем предполагаемый ответ на наш вопрос: “совершенное правонарушение не выводимо из личностных особенностей и жизненной ситуации”, так же как не замечает, насколько сам оторвался от классических критериев клинической психиатрии, а именно, критерия возможности или невозможности психологического выведения. Критерии общей и клинической психиатрии имеют несомненный приоритет перед судебной психиатрией.

Все заданные дополнительные вопросы эксперт-докладчик назвал “не имеющими прямого отношения к интересующим судебно-следственные органы вопросам”, а ответы на них “не способствуют установлению каких-либо новых интересующих следствие фактов, не приведут к пересмотру экспертных выводов, а потому проведение дополнительной судебной психолого-психиатрической экспертизы в отношении Виноградова Д. А. нецелесообразно”.

Такого рода ответы и выводы представляют уклонение от ответов и свидетельствуют о неспособности ответить по существу. Это подтверждается их откровенным признанием: “Эти вопросы продиктованы высказанными специалистами суждениями, расходящимися с выводами экспертов”.

Что касается других возражений эксперта-докладчика, то это откровенно несостоятельные придирки к используемой лексике. Между тем Инструкция (3.8) предписывает изъясняться “языком, понятным для не сведущих в психиатрии участников процесса”, а не птичьим профессиональным диалекте, позволяющем затемнять элементарные истины.

Завершающий отрывок из Манифеста Дмитрия Виноградова

“... Естественный отбор, этот главный двигатель прогресса, почти перестал функционировать. Сейчас выживают и дают потомство даже люди со значительными генетическими дефектами, в чем им с удовольствием и гордостью помогают остальные, здоровые особи. Да и эти последние отказываются видеть генетическое вырождение окружающих и уж тем более предпринимать в этой связи ранее хорошо известные всем здоровым цивилизациям меры, ослеп-

ленные повсеместно утвердившимся принципом “человеколюбия” и толерантности.

Но самое паршивое — это то, что современное общество становится всё более однородно. Всё интегрируется и теряет индивидуальность, все различия стираются.

Вся наша жизнь теперь основывается на компромиссах: с самим собой, с другими людьми, но, увы, не с другими формами жизни. Мы больше не можем реализовывать то, что заложено в нас природой, жить по ее законам, делать то, что считаем нужным, но вынуждены руководствоваться только принципами, выработанными обществом — принципами целесообразности. А поскольку у общества только одна цель — сохранить, приумножить и ублажить себя здесь и сейчас, — все наши действия направляются обществом только на ее достижение.

Обществу важно только одно — получить максимальное количество удовольствия как можно скорее. В этом и есть весь смысл его жизни.

Формы получения удовольствия различны и меняются со временем, но результат одинаков — чувство собственного морального и физического удовлетворения. В последнее время формы стали принимать особенно отвратный, всепоглощающий характер.

Основной принцип жизни теперь — принцип гуманизма, на практике означающий, что каждый человек получает тем больше удовольствия, чем больше он доставил его другим людям, любым другим людям. В результате потребность в средствах для доставления удовольствия растет теперь в геометрической прогрессии с появлением каждого нового человека.

При всем при этом человеку совершенно наплевать на все иные формы жизни, с которыми он делает всё, что только хочет: убивает, ест, экспериментирует, видоизменяет и т.д. — короче, всё то, что он не может делать с себе подобными.

Все эти факты в совокупности, вообще всё, что я увидел и узнал за свою жизнь, воспитало во мне ненависть к человеку, как к виду.

Я ненавижу человеческое общество и мне противно быть его частью! Я ненавижу бессмысленность человеческой жизни! Я ненавижу саму эту жизнь! Я вижу только один способ ее оправдать: уничтожить как можно больше частиц человеческого компонента. Это единственно правильное и стоящее из всего того, что каждый из нас может сделать в своей жизни, это единственный способ ее оправдать, это единственный способ сделать мир лучше.

Путь выживания и самосовершенствования человека ошибочен, он ведет в тупик, к уничтожению всего остального, всего действительно живого.

Эволюционируйте! Осознайте, наконец, свое истинное значение и место в этом мире! Поймите, что вы здесь лишние, вы — генетический мусор, которого здесь быть не должно, мусор, который возник слу-

чайно, в результате ошибки в эволюции, мусор, который должен быть уничтожен”.

Отрывки из речи Андреаса Брейвика в свою защиту на суде

“...И спроси вы меня, сделал бы я свой поступок снова, мой ответ однозначен: да сделал! Потому что преступление, совершаемое социал-демократами против своего народа и против своей культуры, куда страшнее, чем мое...”

И если мой поступок называют варварством, то небольшое варварство необходимо, чтобы остановить варварство, куда большее по своим масштабам...

...Хочу напомнить слова Джона Стюарта Милля: “Человек может причинить зло другим не только своими действиями, но и через свое нежелание действовать. И в обоих случаях он несет ответственность за ущерб им нанесенный”...

...Коренные норвежцы будут меньшинством в Осло уже через пять лет. Это произойдет!

...Я поддерживаю японскую и южнокорейскую культурные модели... Модель этих двух государств на данный момент самая совершенная система из всех политических моделей...

...Лидер норвежских консерваторов в 70-х – 80-х годах прошлого века Бьерн Бенков говорил: “Этнически однородное общество — гармоничное общество”...

...25 % мусульман, живущих в Британии, оправдали теракты в Лондоне 7.07 тем, что войска НАТО находятся в Афганистане. И конечно же, 40 % мусульман, живущих в Англии, оправдывают теракты в Нью-Йорке, когда погибли три тысячи человек!..

...Саудовская Аравия с 2007 года потратила 600 миллиардов долларов на исламизацию Европы, Канады, Австралии и Америки. Это и строительство 1500 мечетей, 202 исламских колледжа, 210 исламских культурных центров...

...Более 30 миллионов мусульман сейчас проживает в Европе, 150 тысяч из них только в Норвегии. С 1960 года были изнасилованы 90 тысяч норвежских женщин... Более 300 тысяч подвергались насилию, сотни норвежцев были убиты мусульманами...

...Почему здесь, в Европе, коренные народы, кто хочет жить в рамках своей собственной культуры, своего собственного этноса называют нацистами и расистами?..

...Да будет вам известно, что мы хотели мирного решения вопросов, мы хотели мирных переговоров на протяжении всего времени с окончания Второй мировой войны, но левые, марксисты, не желают разговаривать с нами, им не нужен диалог, они предпочитают цензуру, насмешки и преследование инакомыслящих, но тем самым они порождают еще большую радикализацию с нашей стороны...

...Нападение, которое я совершил 22.07, является лишь превентивным ударом для защиты коренных народов Норвегии, для защиты нашей культуры. И я не признаю свою вину! Мой поступок был совершен по необходимости, от имени моего народа, моей культуры, моей религии, моего города, моей страны. Поэтому я требую, чтобы меня оправдали по всем пунктам обвинения!”

Логика речи Брейвика зеркальна логике и поведению самоубийц джихада, и сама по себе не содержит явных признаков психической болезни, хотя при соответствующем клиническом контексте может квалифицироваться как так называемый “сверхценный бред”. Всё, что мы почерпнули из многочисленных публикаций о Брейвике, убеждает нас, что такой клинический контекст имел место, и что, таким образом, адекватным был диагноз первой экспертной комиссии по его делу, а решение суда было обусловлено мощной волной общественного негодования, что такой злодей может вскоре выйти на свободу.

“Манифест” Дмитрия Виноградова лишен и такой логики, так как призывы уничтожить человечество или самоуничтожиться человечеству, и его преступная акция совершенно нелепы, а лексика и множество других признаков текста и клинический контекст выдают несомненное психическое заболевание, значительно более грубое, чем шизотипическое расстройство личности, диагностированное экспертами Центра им. Сербского.

* * *

30 августа 2013 г. я был приглашен адвокатом в суд для дачи показаний как врач-специалист. В коридоре перед залом судебного заседания обращала на себя внимание всполошенная, доведенная до отчаяния мать Дмитрия Виноградова, которая буквально шарахалась от прессы, была подозрительна к журналистам: не подслушивают ли, не подсматривают ли, не сфотографируют ли тексты ее бумаг.

Судья, на котором даже мантия сидела как рабочий халат, вел заседание в расторопно-развязной жестко формальной манере, без всякой степенности и заинтересованности разбираться в доводах защиты. В отличие от типовой процедуры судья не потребовал ни дипломов, ни сертификата и лицензии, а прибег к другой тактике. “Вы не имеете права оценивать заключение государственных экспертов, а привлекаетесь только (читает)” “для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов, документов, применения технических средств в исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в Вашу профессиональную компетенцию” (п. 1 ст. 58 УПК РФ). Фактически все многочисленные вопросы адвоката были им сняты, и

только на один удалось выговорить главное: “эксперты беседовали с Дмитрием Виноградовым спустя почти три месяца после его преступления, за это время его лечили “лошадиными дозами” лекарства, неадекватного выставленному диагнозу, — 12 таблеток амитриптилина. Но и после такой оглушительной терапии он держался, как пишут эксперты, “с чувством удовлетворения и собственной значимости... и воодушевления от совершенного”, что является косвенным свидетельством сохраняющихся у него идей его манифеста, — самого центрального для диагноза вопроса, не исследованного экспертами. Ведь основной критерий бреда — его сверхустойчивость”. После этого судья продолжал резко и грубо обрывать адвоката своими бесконечными “Вы не имеете права”, на что я позволил себе вмешаться: “Это Ваша прерогатива дать нам возможность высказаться. Вы первый за мою 40-летнюю практику выступлений в суде не даёте возможность разъяснить суду нашу позицию, наши доводы. Вы торпедируете саму эту возможность” — “Я могу оштрафовать Вас. Идите”.

Как и следовало ожидать, вскоре рассмотрение дела было завершено приговором, который полностью игнорировал наши возражения и предложения, в соответствии с позицией прокурора.

13.09.2013 г. родители Д. Виноградова пришли в наш офис передать разрешение сына на данную публикацию с его именем. По их словам, мальчик с раннего возраста отличался значительными способностями и резко выраженными трудностями общения. Настолько, что несколько раз из-за этого бросал учебу, никогда не смотрел в глаза, объяснив это как-то отцу тем, что боится, что “могут увидеть, что я совсем другой”. Из их рассказов выростала фигура резко выраженного перфекциониста, склонного к сверхценным образованиям; сензитивный, мнительный, он особенно боялся электромагнитных волн, мониторов и убирал их как можно дальше. Они рассказали, что следователь не взял у них значительную часть медицинской документации, которой они располагали.

В декабре 2011 года Д. Виноградов сам обратился к психиатрам, а 6 апреля начал принимать психотропную терапию, которая была при его весе (85 кг) субпороговой: нейролептик сердолект 4 мг и антидепрессант ципралекс 10 мг по одной таблетке и нормотимик финлепсин 1/2 таблетки на ночь. Но и она вызывала паркинсоноподобный синдром. А 21 апреля, когда умерла их любимая старая такса, не испытывал никаких чувств.

За три дня до расстрела стал заметно спокойнее и пригласил родителей на фильм своего любимого режиссера Михаэля Ханеке “Любовь” о пожилой паре. В суде, когда допрашивали Анну К., вопрос об интимной близости с ней вызвал у него в стеклянной клетке столь невероятно бурную реакцию психомоторного возбуждения с пеной изо рта, что прервалось заседание...

В конечном счете, в соответствии с самого начала predetermined игом, — этот несомненно психически тяжело больной, полный бреда человек приговаривается к пожизненному заключению с принудительным лечением.

Итак, усилиями Центра им. Сербского теперь легитимизирован запрет врачам-специалистам психиатрам критиковать и оспаривать государственных экспертов, тем самым само существо независимой экспертизы — состязательность экспертов разных сторон в суде — уничтожено. В Независимом психиатрическом журнале можно проследить, как год за годом сокращалось пространство свободного обсуждения в наивном допущении, что государственные эксперты и суд заинтересованы разобраться в существе дела. Нет, сотрудники Центра им. Сербского и даже его юрист высмеивали само намерение “какой-то независимой экспертизы”. А на этом процессе судья смаковал каждое слово одиозной статьи. Ничего удивительного, — они из одного теста, и судья Сергей Геннадьевич Подпригоров внесен в список Магнитского.

Ю. С. Савенко

Эффективность применения методов психолого-педагогической коррекции эмоциональных нарушений у детей с проблемами в развитии в амбулаторной практике

А. И. Кислова¹ (Набережные Челны)

В статье обработаны результаты применения в течение нескольких лет альтернативных (медикаментозным) методов лечения и реабилитации психически больных детей. Использование в практике детского психиатрического отделения всех видов арттерапии (музыкотерапии, сказкотерапии, фотослайдтерапии, песочной терапии, имаготерапии), лечение общением с мелкими животными и иппотерапии не обладало купирующим действием на психотические синдромы при эндогенных психозах. Оно было нацелено на смягчение процессуального дефекта в эмоциональной и коммуникативной сферах, изменение дистанции при общении детей, страдающих ранним детским аутизмом, в общении с матерью и окружающими детьми, а также на развитие познавательной сферы, умений и навыков у детей. Автор использовала не только психолого-тестовые методы оценки, но и математический аппарат для оценки эффективности применяемых методик. Статья может быть полезна для практикующих детских психиатров, психологов и арттерапевтов.

Ключевые слова: эмоциональные нарушения у детей с проблемами психического развития, арттерапия, психолого-педагогическая коррекция.

В настоящее время наблюдается отрицательная динамика в состоянии здоровья детского населения. В последние годы, по данным статистики, все дети в 4 года имеют до трех нарушений в состоянии здоровья, к 6 годам таких нарушений уже становится 4 – 5 (пока функциональных).

Наблюдения специалистов показывают, что у 12 – 19 % детей дошкольного возраста диагностируются выраженные формы психических расстройств, а 30 – 40 % составляют группу риска по развитию психических нарушений.

Растет число детей, нуждающихся в коррекционной помощи (А. О. Дробинская, В. И. Селиверстов, О. Н. Усанова, С. Г. Шевченко). В дошкольном возрасте 25% детей, а по некоторым данным 30 – 45%, требуют организации специальных условий обучения и воспитания. Среди учащихся 20 – 30% нуждаются в специальной психолого-педагогической помощи, а свыше 60% относятся к так называемой группе риска. Увеличивается количество детей с пограничными и сочетанными нарушениями развития, которых нельзя однозначно отнести ни к одному из традиционно выделяемых видов психического дизонтогенеза (Л. В. Кузнецова, И. Ю. Левченко) [2]. Проблемы в

развитии необходимо выявить на ранних стадиях онтогенеза, ведь именно детский возраст наиболее благоприятен для профилактики и коррекции.

Цель настоящего исследования — теоретически обосновать и экспериментально проверить психолого-педагогические условия комплексного применения психокоррекции (арт-терапии) эмоциональных нарушений в работе с детьми с проблемами в развитии в амбулаторной практике.

Арт-терапия является междисциплинарной областью знания, соединяющей в себе различные дисциплины — психологию, медицину, педагогику, культурологию и другие. Ее основой выступает художественная практика, поскольку в ходе арт-терапевтических занятий клиенты вовлекаются в творческую деятельность. Термин ввел в употребление в 1938 году Андриан Хилл.

Практическое исследование проводилось на базе Набережночелнинского психоневрологического диспансера филиала РКПБ им. В. М. Бехтерева с детьми разных возрастов, имеющих различные психические нарушения, силами преподавателей и студентов 4 и 5 курсов Набережночелнинского института социально-педагогических технологий и ресурсов. Численность выборки детей с проблемами в развитии составила 15 человек, среди которых 12 мальчиков и 3 девочки. Исследование проводилось с октября 2009 года по октябрь 2011 года на базе вышеуказан-

¹ Канд. психол. наук, ПНД Набережных Челнов, филиал РКПБ им. В. М. Бехтерева.

Таблица 1. Сводная таблица результатов по методике “Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка” в %

п/п	Чувственное проявление	Интенсивность				
		нет	немного	средне	очень много	крайне много
1	Сверчувствительность	0% – 0	6,7% – 1	6,7% – 1	40% – 6	46,7% – 7
2	Возбуждаемость	6,7% – 1	40% – 6	26,7% – 4	26,7% – 4	0% – 0
3	Капризность	26,7% – 4	46,7% – 7	26,7% – 4	0% – 0	0% – 0
4	Боязливость	40% – 6	46,7% – 7	13,3% – 2	0% – 0	0% – 0
5	Плаксивость	66,6% – 10	26,7% – 4	0% – 0	6,7% – 1	0% – 0
6	Злобность	46,7% – 7	33,3% – 5	20% – 3	0% – 0	0% – 0
7	Веселость	6,7% – 1	6,7% – 1	0% – 0	26,7% – 4	60% – 9
8	Завистливость	73,3% – 11	20% – 3	0% – 0	6,7% – 1	0% – 0
9	Ревность	46,7% – 7	33,3% – 5	13,3% – 2	6,7% – 1	0% – 0
10	Обидчивость	13,3% – 2	60% – 9	13,3% – 2	6,7% – 1	6,7% – 1
11	Упрямство	46,7% – 7	53,3% – 8	0% – 0	0% – 0	0% – 0
12	Жестокость	13,3% – 2	53,3% – 8	33,3% – 5	0% – 0	0% – 0
13	Ласковость	0% – 0	0% – 0	40% – 6	6,7% – 1	53,3% – 8
14	Сочувствие	0% – 0	20% – 3	33,3% – 5	26,7% – 4	20% – 3
15	Самомнение	20% – 3	33,3% – 5	40% – 6	6,7% – 1	0% – 0
16	Агрессивность	26,7% – 4	73,3% – 11	0% – 0	0% – 0	0% – 0
17	Нетерпеливость	13,3% – 2	26,7% – 4	33,3% – 5	26,7% – 4	0% – 0

ного диспансера. Исследование включало в себя констатирующий, формирующий и контрольный этапы.

Цель констатирующего этапа исследования — собрать подробный психолого-педагогический анамнез, очертить круг проблем в развитии и определить степень тяжести психических нарушений детей.

В ходе *констатирующего* этапа проводилась диагностика особенностей мышления (методика “Исключение предметов”), психофизиологического состояния испытуемых (Цветовой тест М. Люшера), определение эмоциональных проявлений детей (методика “Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка”) а также выявлялись значимые лица в их окружении (Цветовой тест отношений).

Полученные на констатирующем этапе исследования данные свидетельствуют о высокой нестабильности выбора: у 7 детей из 11 величина этого фактора колеблется от 37,5% до 75%; отклонение от аутогенной нормы выражено у 8 детей из 11 и колеблется в рамках от 34,4% до 65,6%; повышенная тревожность (33,3% – 54,1%) наблюдается у 5 из 11. Все это может говорить о выраженности психосоциальной дезадаптации испытуемых, 4 испытуемых (мужского пола) из 15 вследствие тяжести своего психического отклонения (3 ребенка с ранним детским аутизмом (РДА), 1 ребенок с умственной отсталостью (УО)) не справились с инструкцией теста (или вовсе ее проигнорировали) и не показали результата. Все количественные

значения по диагностируемым параметрам у этих детей были оценены в 0%.

Результаты констатирующего этапа исследования подтвердили необходимость проведения формирующего эксперимента.

На *формирующем* этапе исследования нами была разработана программа психолого-педагогической коррекции эмоциональных нарушений детей с проблемами в развитии, находящихся на амбулаторном лечении с использованием арт-терапии. Настоящая программа рассчитана на детей с особыми возможностями здоровья (ОВЗ) при сроке реализации 1 год (32 академических часа). Занятия проводились в специальном большом просторном помещении, рассчитанном на индивидуальные и групповые встречи.

Поскольку арт-терапия обеспечивается воздействием средствами искусства, то ее систематизации основываются, прежде всего, на специфике видов искусства (музыка-музыкотерапия; изобразительное искусство-изотерапия; театр, образ — имаготерапия; литература, книга — библиотерапия; танец, движение — кинезитерапия) [1, с. 11]. Программа психолого-педагогической коррекции эмоциональных проблем детей с проблемами в развитии, с использованием арт-терапии, имеет комплексный характер, построенный на одном принципе и дающий необходимый материал для работы психолога, каждое занятие структурировано и сочетает в себе различные виды арт-терапии, такие как, изотерапия, музыкотерапия,

Таблица 2. Сводная таблица стандартных баллов по критерию χ^2 Пирсона

п/п	Чувственное проявление	Интенсивность										Значение χ^2 Пирсона
		Нет (до, после)		Немного (до, после)		Средне (до, после)		Очень много (до, после)		Крайне много (до, после)		
1	<i>Сверчувствительность</i>	26,7% – 4	0% – 0	6,7% – 1	6,7% – 1	33,3% – 5	6,7% – 1	20% – 3	40% – 6	13,3% – 2	46,7% – 7	10,44 при крит. 9,49
2	<i>Возбуждаемость</i>	20% – 3	6,7% – 1	0% – 0	40% – 6	40% – 6	26,7% – 4	20% – 3	26,7% – 4	20% – 3	0% – 0	10,54 при крит. 9,49
3	Капризность	20% – 3	26,7% – 4	33,3% – 5	46,7% – 7	40% – 6	26,7% – 4	6,7% – 1	0% – 0	0% – 0	0% – 0	1,87 при крит. 7,815
4	<i>Боязливость</i>	6,7% – 1	40% – 6	26,7% – 4	46,7% – 7	40% – 6	13,3% – 2	13,3% – 2	0% – 0	13,3% – 2	0% – 0	10,38 при крит. 9,49
5	<i>Плаксивость</i>	20% – 3	66,6% – 10	26,7% – 4	26,7% – 4	26,7% – 4	0% – 0	20% – 3	6,7% – 1	6,7% – 1	0% – 0	9,76 при крит. 9,49
6	Злобность	26,7% – 4	46,7% – 7	40% – 6	33,3% – 5	20% – 3	20% – 3	6,7% – 1	0% – 0	6,7% – 1	0% – 0	2,90 при крит. 9,49
7	<i>Веселость</i>	0% – 0	6,7% – 1	0% – 0	6,7% – 1	40% – 6	0% – 0	40% – 6	26,7% – 4	20% – 3	60% – 9	11,4 при крит. 9,49
8	<i>Завистливость</i>	73,3% – 11	73,3% – 11	13,3% – 2	20% – 3	6,7% – 1	0% – 0	0% – 0	6,7% – 1	6,7% – 1	0% – 0	3,2 при крит. 9,49
9	Ревность	33,3% – 5	46,7% – 7	40% – 6	33,3% – 5	20% – 3	13,3% – 2	0% – 0	6,7% – 1	6,7% – 1	0% – 0	2,62 при крит. 9,49
10	Обидчивость	6,7% – 1	13,3% – 2	33,3% – 5	60% – 9	40% – 6	13,3% – 2	13,3% – 2	6,7% – 1	6,7% – 1	6,7% – 1	3,80 при крит. 9,49
11	<i>Упрямство</i>	0% – 0	46,7% – 7	20% – 3	53,3% – 8	40% – 6	0% – 0	33,3% – 5	0% – 0	6,7% – 1	0% – 0	21,27 при крит. 9,49
12	<i>Жестокость</i>	53,3% – 8	13,3% – 2	26,7% – 4	53,3% – 8	6,7% – 1	33,3% – 5	6,7% – 1	0% – 0	6,7% – 1	0% – 0	9,6 при крит. 9,49
13	<i>Ласковость</i>	0% – 0	0% – 0	20% – 3	0% – 0	20% – 3	40% – 6	33,3% – 5	6,7% – 1	26,7% – 4	53,3% – 8	8, при крит. 7,815
14	<i>Сочувствие</i>	40% – 6	0% – 0	20% – 3	20% – 3	26,7% – 4	33,3% – 5	13,3% – 2	26,7% – 4	0% – 0	20% – 3	9,77 при крит. 9,49
15	Самолюбие	46,7% – 7	20% – 3	6,7% – 1	33,3% – 5	33,3% – 5	40% – 6	0% – 0	6,7% – 1	13,3% – 2	0% – 0	7,35 при крит. 9,49
16	<i>Агрессивность</i>	53,3% – 8	26,7% – 4	20% – 3	73,3% – 11	6,7% – 1	0% – 0	13,3% – 2	0% – 0	6,7% – 1	0% – 0	9,90 при крит. 9,49
17	Нетерпеливость	6,7% – 1	13,3% – 2	6,7% – 1	26,7% – 4	26,7% – 4	33,3% – 5	46,7% – 7	26,7% – 4	13,3% – 2	0% – 0	5,06 при крит. 9,49

фотослайдотерапия, сказкотерапия, кинезитерапия, куклотерапия и т.д.; в свою очередь каждый вид арт-терапии подразделяется на подвиды (техники). Таким образом, в структуре каждого занятия гармонично сочетаются различные техники, что дает возможность помочь ребенку с ОВЗ справиться со своими психологическими, эмоциональными проблемами.

На контрольном этапе исследования проверялась результативность осуществления программы с помощью методик, использованных на констатирующем этапе. Сводные результаты представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, эмоциональные проблемы у детей после психолого-педагогической коррекции посредством арт-терапии сгладились и стали меньше проявляться. Так, заметно снизилась боязлив-

ость детей и 40% ее вовсе не имеют, у 46,7% она проявляется на незначительном и среднем (у 13,3%) уровнях. Заметно снизилась агрессивность. После занятий интенсивность ее проявления либо отсутствует вовсе, либо проявляется на незначительном уровне. Сходным образом дело обстоит с проявлением упрямства.

Нужно отметить, что более заметные результаты в решении эмоциональных проблем наблюдаются у детей с диагнозами задержка психического развития и общее недоразвитие речи, а также УО легкой степени. Для решения эмоциональных проблем у детей с РДА и УО более выраженных форм занятия с применением арт-терапии эффективны, но требуют большей

Таблица 3. Сводная таблица стандартных баллов по t-критерию Стьюдента

Чувственное проявление	Методика “Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка”			
	X _{ср}		Значение t-критерия Стьюдента	Статистическая значимость критерия
	До формирующего эксперимента	После формирующего эксперимента		
1. Сверхчувствительность	1,86	3,26	-5,45	p ≤ 0,001
2. Возбуждаемость	2,2	1,73	1,54	p ≥ 0,05
3. Капризность	1,33	1	1,54	p ≥ 0,05
4. Боязливость	2	0,73	5,23	p ≤ 0,001
5. Плаксивость	1,66	0,46	4,42	p ≤ 0,001
6. Злобность	1,26	0,73	2,06	p ≥ 0,05
7. Веселость	2,8	3,26	-1,74	p ≥ 0,05
8. Завистливость	0,53	0,4	0,51	p ≥ 0,05
9. Ревность	1,06	0,8	0,99	p ≥ 0,05
10. Обидчивость	1,8	1,33	1,77	p ≥ 0,05
11. Упрямство	2,26	1,53	3,92	p ≤ 0,01
12. Жестокость	0,86	1,2	-1,32	p ≥ 0,05
13. Ласковость	2,66	3,13	-1,73	p ≥ 0,05
14. Сочувствие	1,13	2,46	-4,72	p ≤ 0,001
15. Самомнение	1,26	1,33	-0,23	p ≥ 0,05
16. Агрессивность	1	0,73	1,03	p ≥ 0,05
17. Нетерпеливость	2,53	1,73	2,97	p ≤ 0,05
18. X _{ср} по группам	1,65	1,73	1,67	p ≥ 0,05

частоты и длительности в общем количественном аспекте.

Полученные результаты по методике “Цветовой тест М. Люшера” на контрольном этапе исследования свидетельствуют о снижении показателей по трем факторам: нестабильности выбора, отклонения от аутогенной нормы, тревожности.

Для подтверждения результатов проведем сравнительный анализ значений, полученных на констатирующем и контрольном этапах исследования. Количественная обработка данных осуществлялась с использованием непараметрических критериев (χ^2 Пирсона согласия двух эмпирических распределений) оценки достоверности различий, а так же с использованием параметрических критериев оценки достоверности различий: t-критерий Стьюдента (см. таблицу 2).

Значимо достоверные различия по критерию χ^2 Пирсона можно наблюдать в 10 чувственных проявлениях из 17 (см. таблицу 2). Так, например, сверхчувствительность стала крайне выраженной у 7 испытуемых и возросла с 13,3% до 46,7%. Большая выраженность этого проявления увеличилась у 3 человек. Если до проведения коррекционных занятий у

26,7% детей сверхчувствительность вовсе отсутствовала, то на контрольном этапе исследования все дети имели проявления по данному параметру.

Значительно снизилась возбуждаемость детей: крайние ее проявления (“очень много”) отсутствуют, в то время как на констатирующем этапе исследования они проявлялись у 20% испытуемых. Средние проявления снизились у 13,3% детей и стали незначительно проявляться у 40%.

Крайняя и большая интенсивность проявления боязливости на контрольном этапе исследования отсутствует у всех испытуемых, в то время как большая выраженность этого чувственного проявления до проведения коррекционных занятий отмечалась у 4 человек. 40% вообще перестали бояться. Значимо снизилась и плаксивость детей. У 66,6% она пропала вовсе, а у остальных стала проявляться незначительно (“немного”). Интенсивность проявления веселости увеличилась у 6 человек (40%). Детская жестокость стала менее выраженной. После коррекционных занятий она стала меньше проявляться у 4 ребят (26,7%), а крайние формы ее проявления теперь отсутствуют у всех.

Ласковость стала проявляться чаще, и интенсивность ее проявления увеличилась с 20% до 40% (“средне”) и с 26,7% до 53,3% (“крайне много”).

Сочувствие детей на контрольном этапе исследования стало более выраженным у 33,3%, в то время как 40% детей до занятий никогда его не проявляли.

Острые проявления детской агрессивности перестали быть поводом для беспокойства и стали менее интенсивными у 33,3%. У 73,3% детей после коррекционных арт-терапевтических занятий агрессивность стала проявляться незначительно.

Значимо достоверные результаты по t-критерию Стьюдента совпали с различиями по критерию χ^2 Пирсона по таким чувственным проявлениям, как сверхчувствительность, боязливость, плаксивость, нетерпеливость, сочувствие, упрямство.

Значимо достоверные результаты “Вегетативного коэффициента” (ВК), представленные в Таблице 4 (10), помогают увидеть положительную динамику в энергетической установке испытуемых после коррекционных занятий. Таким образом, на формирующем этапе исследования по результатам первичной диагностики 3 ребенка были избыточно возбуждены и суетливы. На контрольном же этапе исследования результаты этих детей изменились. После занятий вся выборка испытуемых (за исключением детей, имеющих тяжелые формы психических отклонений) характеризуется оптимальной мобилизацией физических и психических ресурсов, установкой на активное действие. В экстремальной ситуации наиболее вероятно высокая скорость ориентировки и принятия решений, целесообразность и успешность действий этих детей.

Показатель “Суммарное отклонение от аутогенной нормы” (СО), также позволил наблюдать положительные изменения (см. Таблицу 4(10)). Так, средний уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, наблюдавшийся у 5 испытуемых до коррекционных занятий до незначительного уровня, стал незначительным. Это означает, что у испытуемых на контрольном этапе исследования стала преобладать установка на активную деятельность и их работоспособность стала более высокой. Однако результаты СО, по Стьюденту, не показали значимой достоверности

Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие *выводы*:

1. Полноценное развитие личности ребенка в детстве связано с его эмоциональным развитием. Эмоциональная система, как и когнитивная, обеспечивает регуляцию поведения и ориентировку в окружающем мире. Положительные эмоции повышают психическую активность, настраивают на решение той или

Таблица 4. Сводная таблица сырых баллов по показателям ВК и СО

п/п	Имя	ВК		СО	
		До эксперимента	После эксперимента	До эксперимента	После эксперимента
1.	Илья	0,8	0,7	17	16
2.	Юля	1,5	0,9	21	12
3.	Виталий	2,3	0,9	9	12
4.	Радик	1,3	1,1	13	11
5.	Эвелина	1,6	1,1	5	8
6.	Ваня	1,5	0,9	15	10
7.	Рома	1,7	1,4	11	8
8.	Алина	2,2	1,0	10	17
9.	Данил	1,1	1,3	15	9
10.	Валера	2,3	0,9	19	13
11.	Евгений	1,7	1,0	15	13
X _{ср}		1,6	1,0	14	12
Стандартное отклонение		0,48	0,19	4,65	2,9
Дисперсия		0,23	0,03	21,6	8,81
Значение t-критерия Стьюдента		6,45		1,97	
Статистическая значимость критерия		p ≤ 0,001		p ≥ 0,05	

иной задачи, в то время как отрицательные эмоции снижают психический тонус.

2. Результаты статистического сравнения интенсивности чувственных проявлений и уровня проявления 6 факторов (по методике “Цветовой тест” М. Люшера) у детей с психическими отклонениями до и после формирующего этапа с помощью вычисления t-критерия Стьюдента и χ^2 Пирсона показали достоверность различий и выявили эффективность проведенных коррекционных занятий.

Таким образом, полученные результаты проведенного исследования дают возможность утверждать, что коррекция эмоциональных нарушений у детей с проблемами в развитии эффективна при использовании методов арт-терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арт-терапия — новые горизонты / Под ред. А. И. Копытина. — М.: Когито-Центр, 2006. — 336 с.
2. Специальная психология: учебник для студ. Высш. учеб. заведений / под ред. В. И. Лубовского. — 6-е изд., испр. и доп. — М.: Издательский центр “Академия”, 2009. — 560 с.

Психоэмоциональные особенности больных с хроническими анальными трещинами

Е. А. Рогожкина¹, В. Г. Заика², В. С. Грошин³ (Ростов-на-Дону)
Ростовский Государственный медицинский университет

Целью работы являлась оценка результатов комплексного лечения больных с хроническими анальными трещинами, у которых были выявлены в предоперационном периоде тревога и депрессия на фоне существующих особенностей личности. Психофармакотерапия в комплексе с хирургическим и консервативным лечением позволяет влиять на результаты оперативного лечения, улучшая субъективное самочувствие больных, сокращая сроки заживления послеоперационной раны, снижая процент рецидивов хирургического лечения таких больных.

Ключевые слова: анальная трещина, психоэмоциональный статус, особенности личности, психофармакотерапия.

ВВЕДЕНИЕ

Анальная трещина (трещина заднего прохода) — достаточно часто встречающееся заболевание (от 8,5 до 16%). Женщины страдают в 1,5 – 2 раза чаще мужчин [2]. По данным литературы, частота возникновения анальной трещины в среднем составляет 20 – 23 случая на 1000 взрослого населения, около половины больных находятся в трудоспособном возрасте [2, 3]. Безусловно, эта проблема имеет и большую социальную значимость. Трещина заднего прохода возникает в результате повреждения слизистой оболочки анального канала на фоне гипертонуса внутреннего сфинктера прямой кишки. Наибольшее распространение получила механическая теория патогенеза. Заслуживает внимания теория локальной ишемии, а также причиной образования анальных трещин могут быть нейрогенные расстройства с длительным спазмом сфинктера прямой кишки. Таким образом, в процессе лечения анальной трещины необходимо учитывать ее полиэтиологический характер [1].

Первичную острую трещину можно вылечить консервативно, но без гарантии рецидива. Хроническая анальная трещина лечится оперативно. Однако, после проведенного хирургического лечения рецидивы возникают в 0,6% – 11,1% случаев [3, 5, 9]. Высокая частота рецидивов после операций по поводу хронических анальных трещин подчас сводит на нет квалифицированные действия хирурга [3]. Поэтому существует необходимость формирования обоснованного диагностического алгоритма в сочетании с совершенствованием как хирургической техники, так и методов фармакотерапии [9, 12, 13]. Важно отметить, что у больных с патологией прямой кишки

(анальный зуд) выявляются нервно-психические расстройства [10] с высоким уровнем реактивной тревожности и наличием невротического конфликта с эмоциональными срывами. Все это, в свою очередь, изменяет качество жизни пациентов в сторону ухудшения и влияет на физическую активность.

Психоэмоциональный статус пациентов с хроническими анальными трещинами не исследован, его изучение представляет интерес в аспекте необходимости коррекции выявленных нарушений (в рамках комплексной терапии), а также связи этих изменений с особенностями личности пациентов, включая влияние на итоговые результаты лечения таких больных. Важно отметить, что стойкие отдаленные положительные результаты достижимы лишь при комплексном патогенетически обоснованном лечении этой патологии [3, 9]. Высокий удельный вес неудовлетворительных исходов, рецидивов после оперативного вмешательства диктует необходимость поиска новых эффективных подходов к лечению данной группы пациентов. Тревога и депрессия рассматриваются как фактор, влияющий на развитие и течение соматических заболеваний [7]. По данным Смулевич А. Б. [6], большинство больных с депрессиями в многопрофильном стационаре общего типа нуждаются в назначении тимоаналептиков, а пациенты, которым показаны антидепрессанты, составляют 21,2% всех госпитализированных.

Целью работы являлась оценка эмоционального состояния и особенностей личности больных с хроническими анальными трещинами и проведение комплексной терапии с учетом выявленных изменений.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ результатов лечения 98 пациентов с хронической анальной трещиной, госпитализированных в клинику Ростовского государственного медицинского университета, оперированных в период с 2008 по 2011 гг., у которых были выявлены пси-

¹ Врач-хирург, аспирант кафедры хирургических болезней Ростовского Государственного медицинского университета.

² Д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии РостГМУ.

³ Зав. кафедрой хирургических болезней РостГМУ.

хоэмоциональные нарушения. Для достижения поставленной цели, больные разделены на две сопоставимые группы.

Подбор пациентов для данного исследования осуществлялся методом случайной выборки среди больных хронической анальной трещиной. На основании вышеприведенных данных основная и контрольная группы однородны и сопоставимы по половому и возрастному составу, длительности заболевания, клиническим проявлениям. В предоперационном периоде выявлялись тревожные и депрессивные расстройства путем проведения анкетирования с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS [14], а также особенности личности с помощью опросника Шмишека. Результаты исследований обрабатывались методом вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007 для определения достоверности отличий между значениями изучаемых показателей при помощи критериев Стьюдента, непараметрических критериев Вилкинсона-Манна-Уитни.

С целью объективной оценки состояния наружного и внутреннего сфинктеров в до- и послеоперационном периодах больным основной и контрольной групп выполнялась аноректальная манометрия, что позволяет количественно оценить выраженность сфинктероспазма, а также объективизировать показания к операции.

Основную группу составили 47 пациентов (47,96%), у которых в предоперационном периоде выявлены нарушения психоэмоциональной сферы в виде тревоги и депрессии при оценке по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. У пациентов установлена связь заболевания с психотравмирующей ситуацией в анамнезе. Указанным больным выполнено оперативное лечение в объеме иссечения хронической анальной трещины с дозированной сфинктеротомией, дополненное психофармакотерапией согласно разработанному оригинальному способу лечения анальных трещин (Заявка на патент РФ № 2012144629, дата приоритета 22.10.2012), проводилась традиционная восстановительная терапия в послеоперационном периоде, перевязки с топическими мазевыми препаратами.

Среди 51 (52,04%) пациента контрольной группы, в которой в предоперационном периоде выявлены нарушения психоэмоциональной сферы в виде тревоги и депрессии по результатам проведенного анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (у пациентов в анамнезе психотравмирующая ситуация предшествовала заболеванию), выполнено оперативное лечение в объеме: иссечение хронической анальной трещины с дозированной сфинктеротомией, в послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия, выполнялись перевязки. Коррекция выявленных нарушений психоэмоциональной сферы не осуществлялась. Группы сформированы путем случайной выборки. Критерием отбора пациентов послужила установленная связь манифе-

стирования заболевания на фоне психотравмирующей ситуации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные характеристики пациентов основной и контрольной групп отражены в таблицах 1–3. В основной группе количество мужчин составляло 22 (47%), женщин — 25 (53%); в контрольной группе мужчин — 23(45%), женщин — 28 (55%). Статистически значимых различий по возрастно-половому составу не выявлено. Среди больных в основной и контрольной группах наблюдается преобладание лиц женского пола (54,08%). Средний возраст пациентов составил в основной группе $38,46 \pm 6,32$ лет, в контрольной группе — $42,13 \pm 7,16$ лет. Эти данные говорят о том, что наиболее часто хроническая анальная трещина встречается в трудоспособном возрасте.

Обязательно исследовался анамнез и выявлялось воздействие психогенного стрессорного фактора, устанавливалась его связь с заболеванием и проводилось исследование эмоционального состояния пациентов с хроническими анальными трещинами по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS и особенностей личности по опроснику Шмишека. На основании объективного физикального и инструментального (аноректальная манометрия) исследования выявлялось отсутствие или наличие сопутствующей патологии. При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель по каждой подшкале (тревога и депрессия). Принимались во внимание изменения выше 7 баллов: 8 – 10 баллов — “субклинически выраженная тревога/депрессия” и 11 баллов и выше — “клинически выраженная тревога/депрессия”.

Результаты проведенного анкетирования пациентов представлены в таблице 1.

Субклинически выраженная тревога выявлена у 21 пациента (44,7%) основной группы и у 25 пациентов (49,02%) контрольной группы, клинически выраженная тревога — у 20 пациентов (42,55%) основной группы и 20 пациентов (39,22%) контрольной группы. Указанные нарушения являются наиболее распространенными среди пациентов основной и контрольной групп. Тревожные проявления встречаются чаще у больных с хронической анальной трещиной в обеих группах. Клинически выраженная депрессия отмечалась значительно реже в основной и контрольной группах.

Результаты анкетирования по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS по половому признаку представлены в таблице 2.

Анализ результатов анкетирования по шкале тревоги и депрессии HADS показал, что субклинически выраженная тревога встречается у 16 женщин (34,05%) и 5 мужчин (10,63%) основной группы, у 20 женщин (39,21%) и у 5 мужчин (9,80%) контрольной группы. Клинически выраженная тревога выявлена у

Таблица 1. Результаты анкетирования по шкале тревоги и депрессии HADS

	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%	N	%
		47	100%	51
Субклинически выраженная тревога	21	44,70%	25	49,02%
Субклинически выраженная депрессия	0	0	1	1,96%
Клинически выраженная тревога	20	42,55%	20	39,22%
Клинически выраженная депрессия	6	12,75%	5	9,80%

Таблица 2. Результаты анкетирования по шкале тревоги и депрессии HADS по половому признаку

Нарушения психоэмоционального статуса	Основная группа		Контрольная группа	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
Субклинически выраженная тревога	16 (34,05%)	5 (10,63%)	20 (39,21%)	5 (9,80%)
Субклинически выраженная депрессия	0	0	0	1 (1,97%)
Клинически выраженная тревога	4 (8,51%)	16 (34,04%)	3 (5,89%)	17 (33,33%)
Клинически выраженная депрессия	5 (10,64%)	1 (2,13%)	5 (9,80%)	0 (%)
Всего	25 (53,20%)	22 (46,80%)	28 (54,90%)	23 (45,10%)

Таблица 3. Результаты исследования особенностей личности по опроснику Шмишека

Тип акцентуации личности	Основная группа	Контрольная группа
	47	51
Застревающий	2 (4,26%)	3 (5,91%)
Педантичный	21 (44,68%)	22 (43,11%)
Тревожно-боязливый	12 (25,53%)	14 (27,45%)
Эмотивный	5 (10,64%)	6 (11,76%)
Аффективно-экзальтированный	4 (8,51%)	3 (5,88%)
Дистимический	3 (6,38%)	2 (3,92%)
Циклотимный	0	1 (1,97%)

4 женщин (8,51%) и 16 мужчин (34,04%) основной группы и у 3 женщин (5,89%) и 17 мужчин (33,33%) контрольной группы. Клинически выраженная депрессия обнаружена у 5 женщин (10,64%) и у 1 мужчины (2,13%) основной группы и у 5 женщин (9,80%) контрольной группы. Обнаружено, что среди женщин обеих групп преобладает субклинически выраженная тревога и клинически выраженная депрессия по сравнению с мужчинами.

Результаты исследования особенностей личности по опроснику Шмишека представлены в таблице 3.

Исследование особенностей личности пациентов показало, что демонстративный, возбудимый и гипертимный типы акцентуации в исследуемых группах не были представлены в той степени, в которой их можно было бы отнести к выраженным чертам харак-

тера. У пациентов с хроническими анальными трещинами с нарушениями психоэмоционального статуса в виде тревоги и депрессии в различной степени выраженности встречаются следующие типы акцентуации личности: застревающий, педантичный, тревожно-боязливый, эмотивный, аффективно-экзальтированный, дистимический и циклотимный. Больные с педантичным и тревожно-боязливым типами акцентуации личности значительно преобладали в обеих исследуемых группах. Несомненно, наличие у пациентов основной и контрольной групп этих типов акцентуации личности предрасполагает к развитию тревожных и депрессивных расстройств, особенно это актуально у больных с хронической анальной трещиной, учитывая деликатность проблемы.

Коррекцию выявленных нарушений у пациентов основной группы осуществляли согласно предложенному способу лечения анальных трещин (Заявка на патент РФ № 2012144629, дата приоритета 22.10.2012 г.), способ применялся в сочетании с традиционной консервативной (системной и топической) терапией в послеоперационном периоде. Для проведения психофармакотерапии в данной группе применяли следующие препараты: Грандаксин 50 – 100 мг в сутки за 1 – 3 приема в течение 4-х недель, Тианептин 12,5 мг по 1 т. 3 раза в день в течение 4-х недель с постепенным снижением дозы за 7 – 10 дней. При доминировании тревожных проявлений назначался грандаксин, а при преобладании проявлений депрессии — тианептин. В случаях отсутствия или индивидуальной непереносимости тианептина использовался препарат Азафен 25 мг 2 – 3 раза в день в течение 4-х недель. Психофармакотерапию продолжали далее в течение после-

операционного периода, применялся индивидуальный подход к каждому пациенту. Важность благоприятного воздействия психофармакотерапии на больных с нарушениями психоэмоционального статуса на фоне имеющихся акцентуаций характера состоит в том, что меняется отношение больного к своему заболеванию, появляется вера в благоприятный исход лечения, в том числе хирургического, что в свою очередь не может не повлиять на результаты комплексного лечения пациентов с хроническими анальными трещинами.

Проводя анализ течения раннего послеоперационного периода у пациентов основной и контрольной групп, мы, в первую очередь, отмечаем наличие или отсутствие послеоперационных осложнений, а также степень их выраженности. Стойкий пролонгированный болевой синдром ($p > 0,05$) отмечался у 3 пациентов (6,38%) основной группы и у 6 пациентов (11,76%) контрольной группы. Общее же число осложнений выглядело следующим образом: у 7 (14,89%) пациентов основной группы и у 16 (31,37%) — контрольной. В первые сутки после выполнения оперативного вмешательства большинство пациентов как основной (35 больных — 74,47%), так и контрольной групп (41 пациент — 80,39%) испытывали сильную боль. Пик болевого синдрома возникал через 6–9 часов после операции. У 3 (6,38%) пациентов основной группы и 6 (11,76%) контрольной отмечался стойкий пролонгированный болевой синдром, купирующийся нестероидными противовоспалительными средствами в сочетании со спазмолитиками. 9 (19,15%) пациентам основной и 4 (7,85%) контрольной групп не потребовалось введения инъекционных форм нестероидных противовоспалительных препаратов, обезболивание достигалось при приеме их пероральных форм.

Срок заживления послеоперационной раны у пациентов основной группы был более коротким по сравнению с больными контрольной группы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Оценивая непосредственные результаты оперативного лечения больных в основной и контрольной группах, необходимо отметить, что интенсивность послеоперационной боли у пациентов контрольной группы превышала интенсивность болевого синдрома в основной.

Существуют исследования взаимосвязи интенсивности переживания боли с личностными особенностями пациентов [11], где определяется закономерность интенсивности боли с эмоционально-аффективными характеристиками личности и психическим состоянием. Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями и их корреляция с восприятием болевого синдрома рассматриваются О. В. Фроловой [8]. Необходимо подчеркнуть важность учета характера и эмоционального состояния

личности в диагностике и лечении больного [4]. Особенно склонны к проявлению тревоги больные с высоким уровнем личной тревожности. У демонстративных и возбудимых пациентов тревожные реакции могут быть избыточно яркими. А. А. Красюк и соавторы считают, что такие пациенты нуждаются в рациональной психотерапии и лекарственной коррекции и в экстренных ситуациях предлагают назначение транквилизаторов типа диазепам [4].

Через один месяц после оперативного лечения при проведении контрольного осмотра было выполнено повторное анкетирование по шкале тревоги и депрессии HADS с целью контроля динамики нарушений психоэмоционального статуса пациентов с проведенной психофармакотерапией и без нее. Анализ результатов опроса пациентов обеих групп показал, что в основной группе у одного пациента (2,13%) с тревожным типом акцентуации личности с имевшей место в предоперационном периоде клинически выраженной тревогой на фоне психофармакотерапии сохранились субклинические проявления тревоги, также у одного пациента (2,13%) с педантичным типом акцентуации личности и клинически выраженной депрессией после психофармакотерапии сохранялись признаки субклинически выраженной депрессии. У остальных пациентов основной группы по шкале HADS констатированы нормальные показатели. В контрольной группе психофармакотерапия не проводилась, у 4 (7,84%) пациентов с субклинически выраженной тревогой через один месяц после оперативного лечения получены нормальные показатели по шкале HADS, из 20 (39,22%) пациентов с клинически выраженной тревогой у 7 (13,73%) выявлена субклинически выраженная тревога (из них у 2х больных-педантичный тип акцентуации личности, у 4х-тревожный тип, у одного — эмотивный тип). У остальных пациентов результаты анкетирования остались в пределах ранее выявленных изменений. Рецидив заболевания обнаружен у 2 больных (3,92%) контрольной группы с дистимическим и застревающим типами акцентуации личности, в основной группе данных за рецидив заболевания не выявлено.

Таким образом, учет особенностей личности, нарушений психоэмоционального статуса пациентов и их коррекции в комплексе с хирургическим и традиционным консервативным лечением в послеоперационном периоде способствует улучшению субъективного самочувствия больных, снижению выраженности проявлений тревоги и депрессии в основной группе пациентов. Все это позволяет нивелировать влияние негативных психогенных факторов на течение заболевания, способствует нормализации частоты и ритма дефекации, что в свою очередь может оказывать влияние на результаты хирургического лечения, способствуя сокращению сроков заживления операционной раны, снижая риск возникновения рецидивов после оперативного лечения таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Благодарный Л. А.* Выбор метода лечения анальной трещины. // Русский медицинский журнал. — 2002. — Т. 10. — № 28. — с. 1327 – 1329.
2. *Воробьев Г. И.* Основы колопроктологии. Ростов-на-Дону, 2001 г. — с. 414.
3. *Грошилин В. С., Черкасов М. Ф.* Опыт комплексного лечения анальных трещин. // Вестник хир. гастроэнтерологии. — 2008. — № 4. — с. 127.
4. *Красюк А. А., Левина Ю. В.* Характер психики и эмоциональное состояние личности в диагностике и лечении больного. // Вестник оториноларингологии, № 5, 2011 г., с. 4 – 7.
5. *Ривкин В. Л., Бронштейн А. С., Файн С. Н.* Руководство по колопроктологии. Москва, 2004 г. — 488 с.
6. *Смулевич А. Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М. — 2003. — с. 429.
7. *Тарасевич Е. В.* Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2012. — № 2. — С. 123 – 130.
8. *Фролова О. В.* Психосоматические особенности больных с хроническими соматическими заболеваниями. // Казанский педагогический журнал. № 9 – 10, 2009 г., с. 104 – 112.
9. *Хадыева А. А., Гайнутдинов Ф. М., Гумерова Г. Т., Хадыев Р. Ф.* Дифференцированный способ лечения больных с анальной трещиной. // Материалы второго съезда колопроктологов стран СНГ, третьего съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса. — 2011. — с. 139 – 140.
10. *Шахрай С. В.* Оценка показателей качества жизни у пациентов с анальным зудом. // Новости хирургии. — 2010. — Т. 18. — № 3. — с. 66 – 74.
11. *Щелкова О. Ю., Степанова Я. В., Мазурок В. А., Михалева Ю. Б.* Взаимосвязь восприятия боли в периоперационном периоде и психологических характеристик пациентов. // Вестник южно-уральского государственного университета, серия: психология. — № 45. — 2012. — с. 100 – 107.
12. *Kalantar J. S., Howell S., Talley N. J.* Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors. An underdiagnosed problem in the Australian community? // The Medical Journal of Australia. — 2002. — 176. — p. 4 – 57.
13. *Rotholtz N. A., Bun M. et. al.* Long-term assessment of fecal incontinence after lateral internal sphincterotomy. // Coloproctology. — 2005. — Vol. 9(2). — p. 115 – 118.
14. *Zigmond A. S., Snaith R. P.* The hospital anxiety and depression scale. / Acta Psychiat Scand. — 1983. — 67. — p. 361 – 370.

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

Клиническая спортивная психиатрия — новая область знаний

Обзор книги “Клиническая спортивная психиатрия: международный взгляд”¹

В мае 2013 года в издательстве Wiley-Blackwell (Великобритания) под эгидой Международной ассоциации спортивной психиатрии (ISSP) и секции спортивной психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации (WPA) вышла книга с интригующим для отечественного читателя названием “Клиническая спортивная психиатрия: международный взгляд”. Издание представляет собой коллективный труд авторов из 10 стран и объединяет воедино накопленные, но оставшиеся разрозненными до настоящего времени теоретические и практические знания, полученные психиатрами и психологами при работе со спортсменами.

Книга представляет интерес для специалистов, занятых в сфере спортивной медицины и психического здоровья, так как полно описывает специфику психологических особенностей и психических нарушений, наблюдающихся у спортсменов (особенно профессиональных) по сравнению с общей популяцией, раскрывает применяемые терапевтические подходы, анализирует психосоциальные факторы, влияющие на спортсменов, а также рассматривает настоящее состояние, цели и перспективы развития спортивной психиатрии.

Важное место в книге занимает описание психической патологии, наиболее часто встречающейся в спортивной среде. Злоупотребление и зависимости от психоактивных веществ и физических упражнений, использование допингов, расстройства пищевого поведения, депрессии — вот основная психическая патология, с которой приходится сталкиваться спортивным психиатрам.

Несмотря на общепринятые представления, что занятия спортом не совместимы с употреблением алкоголя и наркотических веществ, имеются многочисленные данные о распространенности подобных злоупотреблений не только среди спортсменов любителей, но и среди атлетов профессионалов. Психоактивные вещества (ПАВ) часто служат средством отпраздновать победу или облегчить горечь поражения, как в одиночных, так и командных видах спорта. Использование стимуляторов и анаболических стероидов позволяет улучшать спортивные результаты и регулировать вес. Алкоголь, снотворные препараты и каннабис помогают устранить напряжение, рассла-

биться после соревнований. Опиоиды облегчают боли при травмах. В этой связи спортивные психиатры нуждаются в специальной подготовке, чтобы иметь возможность своевременно распознавать употребление ПАВ у спортсменов. Рекомендуется уделять особое внимание профилактике злоупотребления и зависимости, а также регулярно проводить тесты мочи на содержание ПАВ. При этом образовательные и лечебные меры должны превалировать над репрессивными.

Окончание спортивной карьеры является сложным периодом в жизни спортсмена и может приводить как к успешной здоровой адаптации, так и к дистрессу. Во втором случае негативным совладающим поведением может стать употребление ПАВ, в частности алкоголя. И если во время активных занятий спортом уровень злоупотребления или степень зависимости были невысоки, то после завершения карьеры патология может усугубиться. Важной отличительной особенностью является то, что, благодаря высокому уровню адаптационного физиологического потенциала, бывшие спортсмены способны употреблять спиртное сразу в гораздо больших дозах и в течение более длительного времени по сравнению с теми, кто в прошлом не получал регулярных физических нагрузок.

В то время как одни психологические исследования не выявили разницы между характерологическим профилем спортсменов и “неспортсменов”, другие указывают на то, что наиболее часто встречаемые черты характера у спортсменов — это экстравертированность, перфекционизм и нарциссизм. При этом у атлетов-профессионалов отмечается более высокий уровень самооценки по сравнению с таковым у любителей, что прямо коррелирует с уровнем спортивных достижений.

Атлеты соревнуются для того, чтобы побеждать, и испытывают постоянное давление со стороны тренера, членов своей команды, семьи, болельщиков. Эти обстоятельства нередко вызывают соблазн употребить допинг для получения конкурентных преимуществ перед соперником. Наиболее частыми примерами лекарств, используемых в качестве допинга, являются стимуляторы, наркотические анальгетики, бета-блокаторы, анаболические стероиды. Известны многократные случаи, когда для улучшения транспорта кислорода спортсменам проводились гемотрансфузии, вводился эритропоэтин. К гормональным допингам относят глюкокортикоиды, андрогены, гормон роста. Несмотря на многочисленные допинговые скандалы, не сходящие со страниц газет, продолжаются поиски всё новых веществ, способных повысить

¹ Clinical Sports Psychiatry: An International Perspective. Edited by David A. Baron, Claudia L. Reardon, Steven H. Baron. May 2013, Wiley-Blackwell (ISBN: 978-1-118-40488-1), 246 pages.

спортивные результаты. В связи с этим спортивным психиатрам и медицинским исследователям необходимо вести координированную просветительскую работу среди спортсменов, тренеров и руководящих лиц, указывая не только на этическую сторону вопроса, но и на вред, наносимый здоровью спортсмена по мере достижения “победы любой ценой”.

В то время как оптимальное количество регулярных физических упражнений является важным фактором для поддержания физического и психического здоровья, у незначительной части людей чрезмерные занятия спортом могут привести к формированию зависимости от физических тренировок. Эта аддикция рассматривается как поведенческая (нехимическая) и имеет такие типичные для зависимости характеристики как предрасположенность, толерантность, симптомы отмены, рецидив. В лечении основное место отводится психотерапевтическим воздействиям с целью снижения частоты и интенсивности физических тренировок и замещения их альтернативными адаптивными видами деятельности, приносящими удовольствие.

В настоящее время нет однозначных данных о том, где выше распространенность расстройств пищевого поведения: среди атлетов или в популяции. У спортсменов эта патология чаще встречается в тех видах спорта, где важен эстетический компонент (например, гимнастика, фигурное катание, синхронное плавание) или пребывание в определенной весовой категории (например, бокс, борьба, гребля, верховая езда). При этом известно, что расстройствами пищевого поведения страдают атлеты обоих полов, и для женщин, как следствие, свойственна триада: астения, менструальная дисфункция, низкая минеральная плотность костной ткани. Одной из первоочередных задач спортивного психиатра является профилактика расстройств пищевого поведения путем психообразования тренеров, спортсменов и их близких. Также важна ранняя диагностика болезни, так как затянувшееся заболевание не только становится резистентным к лечению, но и может привести к летальному исходу. До сего времени не найдено достаточно эффективно фармакологического лечения при нервной анорексии, в то время как при булимии рекомендовано применение антидепрессантов из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, которые предотвращают импульсивное переедание с последующей рвотной реакцией. Нефармакологическое лечение включает в основном когнитивно-поведенческие подходы в форме групповой, семейной или индивидуальной психотерапии. Сама возможность продолжать спортивную карьеру играет положительную роль, так как может стать для пациента дополнительным стимулом противостоять болезни, однако, в этом случае необходимо тщательно оценить и риск рецидива.

Депрессивные расстройства среди спортсменов распространены с такой же частотой, как и в популяции, однако, они стараются избегать обращений за профессиональной психиатрической помощью, так как опасаются стигматизации, сопровождающей психические заболевания, и не могут позволить себе вы-

глядеть слабыми в глазах тренера и других членов команды. Кроме того, возникают опасения, что прием рекомендованной психофармакотерапии негативно отразится на уровне спортивных достижений. Ситуационные депрессии у спортсменов могут провоцироваться неспецифическими психосоциальными факторами, но также избыточными тренировками, физическими травмами, спортивными неудачами, старением, необходимостью завершать спортивную карьеру. Депрессии у спортсменов не всегда проявляются тоскливым настроением, но могут манифестировать такими неспецифическими симптомами как раздражительность, снижение уровня спортивных достижений на тренировках и соревнованиях, потеря удовольствия от занятий спортом, стремление к избыточным тренировкам, употреблению наркотиков и алкоголя. В этой связи спортивные психиатры работают сообща с психологами и тренерами, обучая их распознавать симптомы маскированных депрессий, обеспечивая раннюю выявляемость аффективных расстройств у спортсменов. Еще одна сложность заключается в подборе фармакотерапии: с одной стороны, нежелательные побочные эффекты медикаментов могут негативно сказаться на уровне профессиональных достижений, с другой стороны — спортивные ассоциации и антидопинговые комитеты не допускают применение психотропных препаратов во время соревнований. В этих условиях терапией первой линии для лечения депрессий у спортсменов становится психотерапия.

В то время как спортивная психиатрия постепенно развивается в самостоятельную психиатрическую субспециальность, перед ней встают важные задачи, требующие решения. Во-первых, спортсмены склонны скрывать и приуменьшать существующие у них психологические проблемы и симптомы психических болезней. Атлетов, как и прочее население, страшит перспектива постановки психиатрического диагноза, что, по их мнению, приведет к досрочному завершению спортивной карьеры. Кроме того, окружение спортсменов (тренеры, менеджмент) склонно идеализировать атлетов, стараясь не замечать или не признавать наличия у них проблем в сфере психического здоровья. В результате спортсмены и их команды весьма неохотно прибегают к официальному привлечению психиатров, предпочитая обсуждать психические и поведенческие проблемы в частном порядке. Во-вторых, на сегодняшний день хоть и растет, но всё же является недостаточной база научных знаний в области спортивной психиатрии. По мере проведения исследований в соответствии с принципами доказательной медицины психиатры, работающие в этой области, смогут чувствовать себя более уверенно, рекомендуя пациентам-спортсменам то или иное лечение.

Обозреваемое издание является важным шагом на пути становления спортивной психиатрии в качестве отдельного направления и рекомендуется к прочтению заинтересованным психиатрам с различной степенью подготовки в этой области.

П. А. Понизовский

ОТКЛИКИ И РЕЦЕНЗИИ

История отечественной психиатрии в монументально-официозном исполнении

В середине 2013 года вышла “История отечественной психиатрии” Юрия Анатольевича Александровского в трех грандиозных томах, общим листажом 1,5 тысячи страниц, половина которого занимают очень разнообразные приложения.

Автор более полувека собирал различные исторические свидетельства и вместил в это издание много интересного, делающего его ценным справочным изданием с превосходной иконографией.

К сожалению, композиция книги и представленные данные не отвечают своему названию — “история отечественной психиатрии”, а соответствуют более скромному: “материалы к истории отечественной психиатрии”.

Отсутствует цельное историческое полотно необыкновенно драматического развития отечественной психиатрии, частично высвободившейся в 1832 году из полной полицейской зависимости, борьба с которой полнее и ярче всего связана с именем В. П. Сербского, но с 1920, 1923, 1929, 1935 годов поступенчато спускалась во все более плотный идеологический и даже физический террор. Последние по времени и соразмерности с прошлым удары были нанесены в 1948, 1951 и 1952 гг. Рядом с ними все нынешние беды нашего нищего предмета не более, чем каникулы. Но это костоломное время 1935 – 1953 гг. воспитало за фасадом музыки Дунаевского такую меру запуганности или искренней индоктринации курса властей, что ее инерция сильна до сих пор.

Нам остается изумляться выдающимся достижениям советской психиатрии, понимая в каких условиях они осуществлялись, так же как предреволюционному двадцатилетию, которое не было мягче нынешних времен. Именно поэтому, когда автор изо всех сил смягчает эти унижительные репрессивные условия, а чаще вообще умалчивает о них, он резко снижает достоинство успехов, достигнутых вопреки всем трудностям. Поэтому о хорошем и плохом следует писать одинаково полно и живо. Между тем, о трагическом автор скороговоркой и очень неполно говорит на двух страницах, посвящая остальные пять заботе руководства страны об укреплении практического здравоохранения в годы Большого Террора. Автор умалчивает об отравлении В. М. Бехтерева (1927), не упоминает здесь арест Н. П. Бруханского и Л. Л. Рохлина (1937) и Э. Я. Штернберга (1938), гибель Артура Кронфельда (1941) в числе мн.др., совершенно забыл

В. К. Внукова, хотя это один из директоров Московского НИИ психиатрии (1936 – 1937) и Б. М. Сегала, с которым сам работал, арест М. Я. Серейского (1952), ни унижительные покаяния В. А. Гиляровского и М. О. Гуревича в предисловиях переизданий их учебников.

Даже при беглом просмотре видны многочисленные тенденциозные умолчания и трактовки. Например, “совершенствованием закона” автор называет сокращение его демократических завоеваний, которому только частично удалось противостоять, и умалчивает о неисполнении уже 20 лет его 38-й статьи, являющейся гарантией исполнения закона для стационарных больных. Это ли не лицо прошедшего 20-летия?

Юрий Анатольевич не поделился здесь личными воспоминаниями, хотя он живой участник многих драматических происшествий на протяжении полувека и, обладая ярким умелым пером, мог бы легко написать увлекательную, если позволительно использовать это слово, историю, если бы не оставался представителем психиатрической номенклатуры.

В предисловии (с. 9) автор пишет, что в его труде “рассматриваются научные представления о психических расстройствах, организации помощи психически больным и различных средствах и методах лечения в разные периоды”. Однако, тщетно искать изложение “научных представлений”, разве что в первой главе “Донаучный период развития психиатрии”, но все семь страниц этой главы посвящены Древней Греции и Риму. Следующие пять страниц “Психиатрия Средневековья” опять-таки не о России и почему-то до 1792 года, хотя конец Средневековья датируется XIV веком. Главы, посвященные зарождению психиатрической помощи детям и трезвенническому движению, доведены до 1917 года, а глава о подготовке врачей-психиатров до 1915 года. Здесь (1 том, стр. 103) полностью смазана информация об организованных А. Н. Бернштейном курсах для врачей по типу Мюнхенских, на которых его лекции — прямого ученика Корсакова и Крепелина — сыграли решающую роль в становлении нозологического направления в нашей стране. Глава “Начало проведения судебно-психиатрических экспертиз” доведена до 1914 года, но в ней ни слова о грандиозном уроке экспертиз Бехтерева и Сербского по делу Бейлиса. Но и во втором томе глава о судебной психиатрии обходит пол-

ным молчанием первый советский учебник “Судебная психиатрия” Н. П. Бруханского 1928 года с предисловием П. Б. Ганнушкина, который поддерживал спасительную в этот период практику экскульпации в ряде случаев лиц с психопатиями и то, как спустя несколько лет (1931) усилиями Е. К. Краснушкина этому был положен предел, и этот показатель изменился в 15,5 раза (в 1922 — 46,5%; в 1935 — 3%). В подглавке о Центре им. Сербского ни слова о скандальных результатах его инспекции в 1956 г. комиссией в составе Д. Д. Федотова, В. А. Гиляровского, В. М. Банщикова, А. Раппопорта и А. Г. Амбрумовой, рекомендовавшей расформировать институт судебной психиатрии.

В приводимом в третьем томе списке психиатров мы не находим многих, в том числе очень крупных профессионалов: В. Я. Анфимова (мл.) и А. А. Токарского, Н. В. Краинского и Б. Д. Фридмана, П. А. Минова и С. Н. Шпильрейна, В. К. Внукова и В. И. Финкельштейна, Л. Г. Членова и Р. Н. Мееровича, Р. Е. Люстерника, Е. Н. Каменеву и В. В. Шостаковича, Т. Ф. Пападопулоса и И. В. Шахматову-Павлову, Б. М. Сегала и О. Д. Сосюкало, В. Г. Левита и В. В. Бориневича. Следовало включить также Е. Г. Дайн и М. И. Клеймана, М. Ш. Вольфа и С. Г. Зайцева, М. И. Лапидеса и Я. Л. Ландау, Н. Н. Азерковича, И. Г. Уракова, А. Ю. Магалифа, Д. Лозовского и др. А ведь я посылал свои замечания относительно первоначального списка в 2009 году.

Однако, в целом третий том содержит очень богатую разнообразную информацию, за что следует благодарить автора. Было бы немного выигрышнее разместить воспоминания по хронологическому принципу, а не алфавиту, как у автора. Получилось, от Г. Я. Авруцкого до В. И. Яковенко.

Некоторые из воспоминаний, мягко говоря, искажают действительность. Например, все, что пишет Э. С. Наталевич о Э. Я. Штернберге и А. Кронфельде, полностью искажено и перепутано.

Малосодержательно написаны разделы второго тома по биологической психиатрии (например, ни слова о выдающемся вкладе В. П. Эфроимсона и В. М. Гиндилиса) и патопсихологии (не упомянуто международное признание профилей Г. И. Россолимо, вклады А. П. Нечаева, Вайсфельда, И. Г. Беспалько, И. и Б. Белых и др.).

Автор не помещает историю психиатрии в контекст эпохи, не дает проблемно-дифференцированной периодизации и панорамы различных научных школ и направлений, не рисует картины горячих и часто погромных дискуссий, не делает содержательных акцентов, не обозначает основных вех развития. Так не обозначена Пинелевская реформа в России, ее особенности, и скомкана историческая дискуссия П. И. Якобия с московскими классиками, — все это намного содержательнее и ярче описал Т. И. Юдин. Автор не объясняет причины анекдотического пере-

именования Преображенской психиатрической больницы из № 1 в № 3. Таково и не-изложение многих других испытаний отечественной психиатрии, прекрасно известных автору. Так, он опускает мрачную проблему тюремной психиатрии, словно не было Соловков, Беломор-канала и Архипелага ГУЛАГ, словно не было недостойного поведения ряда ведущих психиатров. В приложении не помещены многие исторические свидетельства, начиная с 1989 года, изложенные в Независимом психиатрическом журнале. В результате, повествование рассыпается на множество разнородных частей и фрагментов, нигде не представленных в целостном охвате и масштабе.

Я уже не говорю, что о существовании НПА России упоминается на 1 странице, где искажены и уменьшены даже ее цели, прежде всего, собственно профессиональные — возрождение феноменологического направления в психиатрии, организация открытых клинических разборов с публикацией их в журнале и отдельной книгой — общепризнанной школой профессионализма. Борьба за профессиональную автономию выдается за противопоставление государственной психиатрии, словно психиатры и чиновники от психиатрии — одно и то же, и словно нынешний пример попытки ликвидировать автономию Российской Академии наук, естественного эксперта для государственной власти по самым разным вопросам, недостаточно красноречив. Конструктивная критика государственной системы управления психиатрической и судебно-психиатрической службой в наших условиях неочуждена и не могла бы осуществляться никакой другой профессиональной структурой кроме НПА России. Но в хронологическом указателе, доведенном до 2005 г., о ней — ни слова. Зато перечислены ежегодные приказы Минздрава без упоминания их плачевных итогов. Ни слова не сказано о возобновлении Пироговских съездов. В реестре журналов и газет отсутствует на редкость информативная “Московская областная психиатрическая газета” В. Я. Евтушенко.

Но что намного более, чем фактическое игнорирование НПА России, поразило нас в этом труде, так это полный текст статьи Г. П. Колупаева “Иван Алексеевич Сикорский” (2005). Мы откликнулись на эту работу в НПЖ (2008, 4, 17 – 18) как не только анекдотическую по нагромождению гиперболических в стиле прославления Туркменбаши, но как негодную попытку доказать правоту экспертизы Сикорского по делу Бейлиса, вопреки экспертизам Бехтерева и Сербского и возмущению ведущих психиатров всего мира.

Как же раскрыл автор болезненную, особенно для Центра им. Сербского, тему “Психиатрия и политические диссиденты в Советском Союзе”? Мы уже не встречаем утверждений, что это раздутая на пустом месте тема, что диссиденты были действительно душевно больными людьми или людьми “крайне неприятными”, что многие из них, эмигрировав на запад, попали там в психиатрические лечебницы. Приводит-

ся честное интервью об этом В. М. Морозова. Но все же делается попытка оправдать директора Центра им. Сербского этой эпохи акад. Г. В. Морозова. Автор пишет с явным знанием, но старательным избеганием ссылок на огромную разоблачительную литературу на эту тему. Выбранный им умиротворяющий тон и — явно для контраста, а не рядоположения — вклинение предваряющей подглавки о преступлениях нацистского режима в отношении психически больных, избирательный подбор литературы, удобной для критики, и т.п. позволяют автору смикшировать все тени на апологетическом тоне его повествования. “Ушедшая в прошлое — по его выражению — попытка использования психиатрии в политических целях” излагается им в полной аналогии с типовым послевоенным немецким ответом относительно концлагерей: “даже не могли знать”. Четвертьвековая практика 60 – 80 гг. XX века, беспрецедентная по масштабам в истории мировой психиатрии, именуется “попыткой”. Словно не свыше полутора миллиона человек было снято с психиатрического учета. А “ушедшая в прошлое” — недопустимое расслабление в ситуации, когда повторение висит как дамоклов меч, так как все необходимые для этого механизмы отработаны на массовых квартирных делах, но в заказных делах пока исполь-

зуются выборочно и точно, как показало дело полковника Ю. Буданова.

Взяться писать историю отечественной психиатрии после грандиозной монографии Тихона Ивановича Юдина “Очерки истории отечественной психиатрии”, хотя и изданной в мрачном 1951 г., — довольно отчаянное предприятие. По крайней мере, пользуясь либеральными временами, следовало реализовать, насколько возможно, не только возможность свободного высказывания, но и выдающиеся новации исторической науки от монументальных “Очерков по истории научного мировоззрения” В. И. Вернадского и “Истории как логики” Густава Шпета до французской школы “Анналов” (Люсьен Февр, Марк Блок) и, прежде всего, лидера интерналистского¹ направления в истории науки Александра Владимировича Койре. Таким образом, это очень сложная работа, которая в таком объеме, как предпринял Юрий Анатольевич, может быть осуществлена очень нескоро. Поэтому труд Ю. А., вводящий в оборот много новых данных, — очередная ступень в осуществлении этой важной для всех нас цели, и сам по себе — знак эпохи.

Ю. С. Савенко

¹ Направление, акцентирующее роль мировоззрения и внутреннюю логику развития научной мысли.

XVI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

**ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ —
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ**

14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания

www.wpamadrid2014.com

Критика критики

(отзыв на монографию Ю. С. Савенко

“Введение в психиатрию. Критическая психопатология”, Москва, 2013 год.)

В отечественной психиатрической науке сложилась любопытная ситуация в том, что касается публичных критических отзывов о работе коллег (речь идет об опубликованных статьях, учебниках, монографиях). Хвалебных, по типу “...прекрасная работа, а к единственному, но малосущественному недостатку надо отнести то-то..., но это не умаляет...” в специализированных журналах хватает. В вот кулуарах, в разговорах не на конференциях, а на вечерних раутах нелицеприятной критики бывает предостаточно. Публичных дискуссий избегают по следующим соображениям: как-то некрасиво критиковать друзей и единомышленников, можно их обидеть, а с “фанатиками” другой точки зрения связываться “себе дороже”. Чем-то такая ситуация напоминает отношение к патриотизму, одиозным усилением которого так озабочена нынешняя власть. Т.е., власть и те, кто ее поддерживает — “истинные патриоты”, а те, кто замечает недостатки, недоработки, грубые социальные и политические ошибки, мракобесные законы — “враги”, “наймиты врагов” и т.п. Не относится, пожалуй, вышесказанное к “Независимому психиатрическому журналу”, где постоянно возникает полемика. Любопытно, что в наркологии, наркологических журналах критическая конфронтация выражено достаточно резко, возможно за счет большей социализации этой отрасли нашей науки.

Моя точка зрения достаточно проста — критическое отношение к действительности, борьба с почитанием на лаврах, рефлексия по отношению к собственным убеждениям и взглядам других (интеллигентность по А. П. Чехову) — основа поступательности в нашей науке и практике. Я являюсь долгие годы вице-президентом НПА, печатаюсь в Независимом журнале, нахожусь (смею надеяться) в личностно-товарищеских и дружеско-профессиональных отношениях с Юрием Сергеевичем Савенко. Наши взгляды на социально-политические, профессиональные проблемы — это взгляды единомышленников, стратегических разногласий нет вообще, ну а тактические разногласия вполне естественны. Именно поэтому я считаю, что критический дружеский отзыв гораздо интереснее, чем безоглядная и беспочвенная критика одиозных противников. Тем более, что редактор книги, проф. А. Г. Гофман закончил свое предисловие тем, что предрек ряд критических замечаний, но “любая дискуссия лучше, чем молчаливый уход от обсуждения актуальных проблем”.

Монография большая и объемная, почти 450 стр., с сочетанием не только медицинско-психиатрическо-

го, но и философского, социального, психологического знания, что требует “медленного чтения в силу сгущенности и отсутствия в данном издании клинических примеров” (из предисловия самого автора). Тем не менее, после окончания первого чтения (жадного, почти как художественного произведения) пришлось читать второй раз, уже с маркером, заметками на полях, так это было живо, интересно, иногда парадоксально, часто спорно. Отсюда видно, что книга понравилась, заставила задуматься, побороть привычную лень писать отзывы на авторефераты и диссертации.

Эта монография очень важна потому, что заполняет лакуну общетеоретических знаний в психиатрии, вновь поднимает значимость отношения к нашей профессии как клинической дисциплине, говоря о клинико-феноменологическом и клинико-психопатологическом методе. В период кризиса именно клинической психиатрии (а не биологической или психотерапии) это очень актуально.

С самого начала, с первой же главы “Предмет психиатрии” четко мировоззренчески объясняется место и предмет психиатрии, с обоснованием этого в критической онтологии Гартмана, феноменологии Гуссерля, классической психопатологии Ясперса. Психиатрия — классическая неоднослойная наука, так как занимается и биологией (“тело, мозг”), и душой (“темперамент, характер”), и духом (“личность” в широком ее понимании). Может быть, более четко можно было указать, что психиатрия соединяется с неврологией только тогда, когда биологическое поражение мозга осложняется душевной патологией, а с психологией — только когда психогении также переходят в душевную патологию. Ведь у неврологии и психологии совершенно особые методологические приемы познания, которыми психиатрия может пользоваться только дополнительно. Если же считать, что психиатры знают чисто мозговую патологию и разбираются во всех духовно-социальных проблемах человечества (например, некоторые психиатры знают как “деструктивно влияют секты и благотворно помогают укреплять психическое здоровье традиционные религии”), то тогда можно утверждать, что психиатрам доступно все знание о человеке. Отсюда и происходит крайне настороженное (в этом плане — совершенно оправданное) негативистично-опасливое отношение обычных людей к нашей науке и специалистам. Психиатры лучше всех других знают как лечить сосудистую энцефалопатию и даже язвенную болезнь желудка, но самое печальное — они знают как жить обществу, в чем смысл жизни, почему люди бывают преступника-

ми, безыдейными или фанатиками. Познание душевной патологии возможно только клиническим методом (блестяще описанным автором), а этот метод не дает возможности лучше разобраться в социальной жизни или цитоархитектонических полях. Жаль, что этот раздел оказался не таким объемным, как мог быть, тем более, что очень подробно об этом пишет в своих работах замечательный клиницист и ученый Борис Аркадьевич Воскресенский, многолетний активный соратник Ю. С. Савенко по ассоциации и журналу.

Раздел, посвященный норме-патологии, болезни-здоровью очень интересен, но и полемичен. Понятие психического здоровья (как в определении ВОЗ) отражает только понятие “духовно-социального” здоровья, а не истинно психического. Как ни примитивно это звучит, психическое здоровье скорее определяется отрицанием, т.е. отсутствием психического расстройства. Безнравственные негодяи, будь они с сросшимися пальцами, с кистами в мозге, сексуальными девиациями (Сталин, Гитлер и т.п.) часто являются людьми без формальных психических болезней, а их характерологически –личностные особенности по типу резко выраженных акцентуаций либо исключаются как факт (идейными политическими последователями), либо возводятся в ранг пограничной личностной патологии или даже латентных психозов, т.е. классифицируются как расстройства (чаще идейными противниками). А гротос: тем самым эти противники, сами того не замечая, пытаются объяснить безнравственность этих известных людей именно психическими расстройствами, тем самым стигматизируя вообще все психические расстройства. Методологические ошибки и недоработки самих психиатров и общества и приводят к таким явлениям как “психиатризация действительности”, “редукционизм” и “антипсихиатрия”, о которых точно и объективно в разные годы писал и пишет в этой книге автор. Мне представляется, что определение болезни как “процесса”, а патологии — как “состояния”, “развития”, “диатеза” (нозос и патос по Снежневскому-Давыдовскому) все же недостаточно. Патология — это понятие больше биологическое, болезнь же — социальное. Признается больным в этом плане только человек с личностной, а главное — социальной декомпенсацией, тогда и идет речь о больничном листе, социальных ограничениях, группе инвалидности. Болен ли человек в состоянии обычного алкогольного опьянения? Нет. Но ни у кого не вызывает сомнения, что в этот момент его душевные функции находятся во временном патологическом состоянии. Длительная безлекарственная интермиссия при биполярном расстройстве — в это время человек болен? Или у него есть патология, которая в данный момент не переходит в болезнь? В соматической медицине практическое значение такого разграничения невелико. Хотя и может встречаться: отсутствие указательного

пальца на правой руке у мужчины — правши — это болезнь, из-за которой его не берут на службу в армию. У женщины — никакая не болезнь, а только патология, врожденная или приобретенная. Юрий Сергеевич очень кратко касается именно социальных критериев психического здоровья, приводя в пример уровень суицидов и распространенность алкоголизации и наркотизации. Но эти показатели именно социального духовно-нравственного состояния общества, а не душевного болезненного состояния отдельного индивида! Самоубийство камикадзе или фанатика-террориста вовсе не свидетельствует о наличии у него душевной патологии. Из методологической неразработанности проблемы соотношения душевной болезни, духовно-социального кризиса возникает такая вроде бы частная проблема, как и для кого должна использоваться психотерапия. Как понять психотерапию психологов, когда они ее проводят у здоровых людей с духовно-социальными проблемами? Терапия — это лечение, можно ли лечить формально здоровых людей, не имеющих соматической и душевной патологии? А вот использование тех же психологических приемов и методик с использованием еще и клинико-психопатологического метода для устранения непсихотических синдромов душевной патологии — это именно терапия, а не коррекция. Ю. С. Савенко совершенно справедливо указывает, что психиатр минимизирует болезненные расстройства, а психолог развивает компенсаторные возможности личности, при этом подчеркивает, что разграничение сфер деятельности и компетенций совершенно неадекватно. Последнее, а также несколько ироничное отношение к разграничению “клинической психотерапии” и “психотерапии-психокоррекции” вызывает возмущение. Здесь можно было бы сослаться на точно разработанную концепцию разграничения этих теоретических и практических явлений Марком Евгеньевичем Бурно, непререкаемого авторитета в области психиатрической психотерапии, специалиста блестяще владеющего как клиническим, так и психологическим методами (слушай его блестящие лекции, смотри его замечательные монографии и клинические разборы в НПЖ). Трудно не согласиться с Марком Евгеньевичем, что клиническая психотерапия “симптомо- и синдромоцентрическая”, а психологическая коррекция-психотерапия “аутистическая” в том плане, что отражает всегда личностную позицию специалиста, его воззрение, что не всегда благо для клиента-пациента. Ведь не случайно методик в этой области знания и практики много сотен. Если рассматривать эти два направления психотерапии только взаимодополняющими и не видеть их принципиальной альтернативности, то мы и получим то, что имеем сейчас: психологи с их психологическим редукционизмом и законами каузальной атрибуции, не знающие клинико-психопатологического метода, все пограничные расстройства “лечат” “личностным ростом”, пропуская, например,

огромное количество аффективной патологии. Психотерапия заменяет религию и объявляет, что человечество поголовно болеет психическими расстройствами; врачи с базовым медицинским образованием без глубинных знаний в области психологии и социологии начинают заниматься “лечением” здоровых, но на самом деле просто проблемных людей и т.п. Это-то и приводит к экспансии и отрицанию психиатрии, о которых дальше и пишет Ю. С. Савенко.

Неожиданно понятными оказались страницы, посвященные проблеме философии в психиатрии, в отличие от изложения вопросов феноменологии, типологии. Справедливости ради надо отметить, что работы Гуссерля, да и Ясперса читаются современными врачами с большим трудом, сказывается отсутствие университетского медицинского образования. Как преподаватель ВУЗа с двадцатипятилетним стажем смею утверждать, что наши медицинские университеты как были, так и остаются институтами. Трудно согласиться с автором, что феноменологические штудии так доступны в обучении. Приходится признать, что феноменологическое познание доступно только ведущим клиницистам (некоторые из них интуитивно-клинически владеют феноменологией, даже не читая великих классиков), так, формально использовать феноменологические приемы без их “вчувствования”, “отказа от субъективного восприятия”, “редукции”, “принципов эпохи” практически невозможно в отличие от запомненных по типу глоссария симптомов и синдромов в общей психопатологии. Правда, очень часто, именно без феноменологической базы совершенно неточно типизируются сами синдромы, не говоря уже о синдромотаксисе и синдромогенезе.

Вторая глава монографии “Методы психиатрии” в целом беспрецедентна по объему (90 страниц) и интенсивности информации, ни в одном из отечественных руководств такой информации нет и близко. Замечательно описано, что такое понимание, профессиональная интуиция и личность психиатра как инструменты диагностики. Показана “чудовищная нелепость” единения наивной и рациональной (профессиональной и эмпатической) интуиции с мистической. Объяснена разница между толкующей психологией (обывательской, психоаналитической) и понимающей психологией Ясперса. Четко и понятно показано, что такое клинический метод во всем своем разнообразии.

Третья глава посвящена единицам анализа в психиатрии. Если в современных руководствах присутствуют только их перечисление и описание, то в монографии есть подробная дифференциация феномена, симптома, синдрома, регистра, болезни. При рассмотрении синдромальных регистров полностью соглашусь с автором, что в “кругах” позитивных расстройств по А. В. Снежневскому можно было бы поменять 2-й и 3-й уровни местами, т.е. аффективные расстройства могут включать в себя невротические

синдромы, а не наоборот. Это соответствует современной научной парадигме преобладания именно аффективных, часто ларвированных аффективных (депрессивных, тревожно-депрессивных) расстройств над чисто невротическими, которые фактически как нозологическое понятие даже исчезли из современных классификаций. Но совершенно не согласен с попыткой поменять местами такие регистры, как “регресс личности” и амнестические расстройства в негативных кругах, хотя Юрий Сергеевич и указывает, что для него это “принципиально”. Если это так, то при формальном сравнении исходов разных психических заболеваний конечные состояния при психогенных расстройствах (психопатизация и тяжелая личностная аномалия) оказались бы более тяжелыми, чем при экзогенных расстройствах, где все может заканчиваться тяжелым интеллектуально-мнестическим дефектом (слабоумием). Эмоционально-волевой дефект при эндогенных заболеваниях занимает промежуточное место. Т.е. грубо-биологическое поражение всегда тяжелее, чем душевное (эндогенное), а то в свою очередь — тяжелее, чем личностное (психогенное). Именно в этом плане Б. А. Воскресенский и указывает, что человек не может одновременно болеть в конкретную единицу времени несколькими психическими заболеваниями из разных по этиологии расстройств. Так шизофрения всегда “подавит”, нивелирует клинические признаки невроза (при синдроме Кандинского клаустрофобия исчезнет), а при Корсаковском синдроме не будет не только страхов, но и бреда с галлюцинациями, т.е. шизофрении. Тяжелая алкогольная зависимость (а только это является болезнью, а не социальный диагноз “злоупотребление с вредными последствиями”) с запоями “закроет” на время текущего алкогольного, т.е. экзогенного заболевания шизофрению, иногда полностью, иногда лишь проявляясь в атипичии. А вот при выходе в ремиссию, т.е. длительном прекращении употребления алкоголя — манифестирует шизофрения. А если будет выраженное пьянство без зависимости и с ложными запоями — прогрессировать и достаточно тяжело будет только эндогенное заболевание. Кстати, модная ныне коморбидность никак не может проявляться в двух-трех — четырех равноценных диагнозах, это чистейший механицизм статистических классификаций. Автор четко и ясно указывает, что главное в клиническом мышлении — выделить ведущее расстройство (синдромально — по критериям кругов Снежневского, в нозологической группе по иерархии психогенное-эндогенное-экзогенное), в дальнейшем — это единственный подход именно к нозологической классификации. Могут ли расстройства более высокого регистра включать признаки нижележащего? Естественно. Но диагностика строится не по интенсивности симптомов, а по наличию ведущего синдрома. У больного с неврозоподобной шизофренией, на фоне нелепых навязчивостей резко выражена парамимика,

которая является отдельным симптомом кататонического круга расстройств. Но ведь синдрома нет, значит регистр не 5 круга, а всего лишь 2 – 3. В некоторых случаях тяжелая меланхолия с суициальностью вроде бы является главным, бросающимся в глаза, расстройством. А персекуторный бред с автоматизмами не выражен, может даже не определять актуальное поведение. Каков же регистр поражения? Конечно же, это параноидный синдром соответствующего уровня, так как есть формальные признаки именно его синдромального завершения. Он должен обозначаться не как депрессивно-бредовой, а как параноидно-депрессивный, ведь первое слово в определении — это главное. А депрессивно-бредовой синдром — это депрессия с бредом только конгруэнтным, вытекающим из сверхценных идей и не достигающим никогда степени полного синдромального завершения, как это не бывает в случаях параноидального, параноидного или парафренного синдромов. Я взял для примера примерно те же синдромы, на которые ссылается Юрий Сергеевич (стр. 168). Совершенно точным является его утверждение, что синдромологическая классификация проводится по более глубокому регистру, характерное проявление которого отмечено независимо от его масштаба. А ведь при неправильном типировании регистров и синдромов возникают очень печальные последствия в плане лечения. При бредовом синдроме с депрессией назначение антидепрессантов противопоказано, а по данным С. Н. Мосолова (2011) в стационарах при таких состояниях параллельно антипсихотикам назначаются антидепрессанты в 80% случаев. Последствия в виде затынутости приступов, внутрибольничных эксацербаций хорошо известны. А при тяжелой депрессии с конгруэнтными бредовыми симптомами можно обойтись и без лечения нейрорептиками или назначать их дискретно, в малых дозах с симптоматическими целями.

Очень дискуссионным является утверждение-вывод (жирным шрифтом), что “при манифестных формах психических заболеваний ведущим является биологический подход, как охватывающий наиболее глубокую неожиданную дезорганизацию, но при перманентных психических состояниях (психической патологии) — приоритет отдается собственно личностному фактору”. Примером приводится морально-этическая сохранность при нетяжелой деменции и снижение уровня личности у алкоголиков при их формальной интеллектуальной сохранности. Утверждается, что регистр нарушений у вторых более выраженный, чем у первых. Но ведь главным в определении тяжести регистров является конечный исход, а не нравственная сохранность личности. Кто тяжелее дезадаптирован в обществе — аморальный, но не глупый наркоман или не находящий своей квартиры интеллигентный, порядочный и культурный больной после нескольких сосудистых катастроф? Ведь нас интересует именно душевная патология, не степень

парализации (это биология) и не степень моральной деградации (это психология и социология). Относиться к личности как к психобиологической особи нельзя, пишет Ю. С. Савенко (стр. 165). А как только к психосоциальной особи можно? Человек — это биолого-душевно-духовная особь, но именно в такой последовательности. Ананцефал — это человек с биологической точки зрения, идиот — это человек с биолого-душевной точки зрения без какой-либо духовности. Больной шизофренией или героиновой наркоманией — это биолого-душевно-духовная особь, даже в случаях злокачественного течения. Пациенты с болезнью Альцгеймера, дожившие до тотальной деменции, уже становятся существами только биолого-душевными, а при маразме — фактически только биологическими. Критиковать А. В. Снежневского в том, что он расположил регистры негативного ряда по биологическому (медицинскому) критерию — не совсем корректно.

Также можно спорить с другим принципиальным утверждением автора, что в каждом регистре есть непсихотический и психотический уровни. Как же так — выходит есть астенические и невротические психотические синдромально завершённые состояния? Значит есть бредовые, кататонические, делириозные синдромы непсихотического уровня?

Систематика болезненных синдромов (к сожалению, только продуктивных) очень интересна. Само же описание синдромов справедливо занимает мало места, так как классическая общая психопатология в немецко-российской клинической школе абсолютно самодостаточна, все основные синдромы описаны очень точно и всеобъемлюще. (В СССР — Снежневским, Тигановым, Бухановским). Позволю себе также утверждать, что новых психопатологических синдромов появляться не должно, “открытия” в виде биографической амнезии (аутоперсономнезии) — непонимание, что эти состояния всего лишь патоморфоз уже описанных основных синдромов. Автором в книге очень интересно описаны экстатические состояния в рамках аффективной патологии без претензии обозначить их как синдром, жаль, что подглава занимает всего 3 страницы.

Глава 4 носит название “Основные измерения психических расстройств”. Проблема различения психотического и непсихотического являлась и является до сих пор нерешенной в идеологическом и методологическом плане. Классическое первое научное определение (Фон Фейхтершдебен, 1846): “психоз характеризуется тяжелым нарушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики” в основном не сильно разнится с современным определением психоза как “качественно нового болезненного состояния (обязательно с нарушением самосознания), отличающееся от непсихотических расстройств по

основным характеристикам контактов больного с окружающей социальной средой”. Для практикующих же врачей формальные признаки психоза ясны и понятны — все продуктивные синдромы, начиная с 4 уровня кругов-регистров Снежневского. То, что при таком выделении возникают часто значимые проблемы — знает любой клиницист. Бредовой больной с дезактуализацией бреда и с критикой к своей болезни — он в психозе или нет? Больной в астазии-абазии или в истерическом судорожном припадке сумасшедший или нет? (интересно, что при Ганзеровском синдроме сомнений уже нет никаких). Фанатик для доказательства своей научной (достоверной или недостоверной значения не имеет) идеи добровольно идущий на костер? Мне представляется для термина “психоз”, “сумасшествие” должен обязательно применяться принцип “презумпции психического здоровья” и вытекающий из него следующий постулат “презумпции менее тяжелого расстройства”. Психозом может быть объявлено и определено расстройство только с формальными признаками синдромов психотических регистров. Именно поэтому озвучу свои возражения против часто употребляемого автором термина психотическая тревога. По Юрию Сергеевичу под это определение попадает даже тяжелая паническая атака, так как и при ней есть витальный “психотический минимум”. Я считаю, что если при тяжелой тревоге у человека появляются бредовые включения, то согласно иерархии тяжести продуктивных расстройств это уже бред с выраженной тревогой. Дискутабельным на мой взгляд является выделение тревожных расстройств как в виде синдромов, так и в виде нозологических единиц (раздел F4 МКБ-10). Тревога — крайне широко распространенный феномен и симптом (точнее симптомы), но самостоятельного нозологического и даже синдромального завершения тревога не имеет (Краснов В. Н., 2012), входя в структуру классических аффективных (преимущественно депрессивных) и острых бредовых синдромов. Во всех классических учебниках по общей психопатологии тревога широко представлена только в описаниях симптомов, выделение же “генерализованной тревоги”, “социофобий” и др. в рамках синдромов никогда не делалось.

Раздел 4.3. этой главы обозначен “Развитие или процесс” как основная проблема психиатрии. Действительно, можно согласиться с этим постулатом К. Ясперса, ведь фактически это разделение “нормы — душевного здоровья” от формальной “патологии — психической болезни”. Разрешение этого вопроса позволяет ввести не совсем четкую, но все же грань — где начинается компетенция психиатрии как науки и практики. Особую “пикантность” придает этой проблеме использование психиатрии в социально-политических целях. В СССР чаще всего использовалась расширение “процесса”, при котором сверхценное личностное развитие либо объявлялось “паранойяльной

психопатией” (с включающейся сюда возможностью “декомпенсации бредового уровня”), либо паранойяльной шизофренией, т.е. классическим процессуальным расстройством. Гипердиагностика расстройств в сторону тяжести с выводом на уровень невменяемости в современной России встречаются реже (дело Буданова). Зато наблюдается другая крайность — не видеть “процесс”, а видеть либо норму, либо всего лишь “развитие” (дела Яловеги, Обухова, Евсюкова и новое дело “белгородского стрелка” Помазуна). Все эти явления диктуются политическими задачами недемократической власти, которая полностью в этом вопросе подчинила себе нынешнюю судебную психиатрию, превратив ее из клинической специальности с высоким уровнем специализации фактически в силовую структуру. Но если дифференциация “паранойяльного психопатического развития” и “паранойяльного шизофренического процесса” все же должна быть доступной специалистам при использовании научной феноменологии, клинко-психопатологического методов (при обязательной возможности не только статики, но и динамики), то вот разграничение сверхценного развития личности в рамках формального психического здоровья и в рамках паранойяльного психопатического развития личности представляется необыкновенно сложным, ведь в любом случае это личностное развитие. В первом варианте — по психологическим механизмам, во втором — уже по психопатологическим. Опять же повторяюсь, что в данном случае даже психиатрам-профессионалам, не говоря уже об обывателях, не удастся чаще всего удерживать важнейших постулатов Ясперса “беспристрастности” и “контекстуальности”. Политические, религиозные взгляды оценивающих, их отношение к таким людям как к современникам или давно умершим — вот основа отношения как к больным или здоровым к Христу, Гитлеру, Сталину, Сахарову. Отсюда вывод — психиатр может дать такое заключение только при непосредственном общении с конкретным человеком с обязательным не только клиническим, но и психологическим анализом (с помощью компетентного коллеги-психолога со знаниями в области медицинской психологии). И при малейших сомнениях — отвергать наличие “процесса” или даже “патологического развития”. Психиатрические патографии — необыкновенно интересны и познавательны, но практически всегда они должны быть полемичными и неортодоксальными; для профессионалов они “игра ума” и информационно — обучающий материал, для обывателей же — повод обвинить в “профессиональном кретинизме”, шельмовании и т.п.

Кстати, сознательная или подсознательная мотивация составления таких патографий психиатрами, в том числе знаменитыми — это “комплекс неполноценности”, связанный с недооценкой обществом ума, знания, образования, обширных взглядов психиатров во всех областях гуманитарного знания. Властители

дум это не философы Аристотель и Платон, не представители точных наук Ньютон и Эйнштейн и даже не писатели Пушкин, Толстой, Достоевский! С оговоркой иногда говорят, что писатели — врачи Чехов и Булгаков лучше понимали жизнь, чем другие писатели именно благодаря медицинскому образованию. И действительно, иногда психиатры становятся философами, гуру, основателями новых философско-идеологических систем, как это видно на примере Фрейда. Хотя предположу, что широко распространившийся бытовой “фрейдизм” сильно дискредитировал замечательный клинический психоаналитический метод.

В следующей, 5-й главе рассматривается систематика психических расстройств и диагнозов. Критика современных классификаций носит не огульный, а строго конкретный характер. Очень любопытно развенчивается ошибочность дестигматизации с помощью переименований, отказа от “неприятных” диагнозов и.п. Юрий Сергеевич убедительно показывает, что чем больше произвольность таких манипуляций, тем быстрее, сильнее и на длительный срок подрывается доверие людей к психиатрии, врачам. Кроме этого, такая деятельность вместо трудных поисков истины позволяет плохим профессионалам примитивизировать и редуционно упрощать лечебно-диагностическую работу.

6-я глава описывает модели психических расстройств (естественные, экспериментальные, клинические, терапевтические, лечебные, теоретические, математические и даже художественные). Замечание здесь только одно — как мало! Всего 16 страниц! Вы скажу пожеланию автору — расширить главу или вообще написать отдельную работу. Необыкновенно важная информация не только для ученых, преподавателей, но и для любого практического врача.

7-я глава посвящена патогенезу психических расстройств. Глава объемна по количеству и качеству изложенного материала со ссылками на большое количество ученых мирового уровня, в целом она является обзорной, но по каждому направлению присутствует взвешенная критика автора, не умаляющая и позитивные стороны вроде бы устаревших взглядов. Небольшая реплика: критиковать И. П. Павлова можно и нужно, как всякого великого ученого, так как его величина определяется не только великими открытиями, но и часто большими заблуждениями. Но в полемичном задоре ставить его рядом с Ивановым-Смоленским, наверно, все же не стоит.

В 8-й главе “Социальная психиатрия” очень четко показана разница между предметом и понятием социальной психиатрии в целом и микросоциальной психиатрией, что на практике часто не учитывается. Ограничусь приведением обширной цитаты в три абзаца из самой работы, так она лаконична и понятна:

“... Если поведение понятно, в смысле логической выводимости из своей цели или ценностных предписаний (обычаев, норм, принципов, правил), то это

предмет социологии”. (*Отсюда — религиозная или мистическая вера, фанатизм любого толка — не предмет социальной психиатрии — А. П.*)

“Если поведение выводимо из характера конкретного индивида в конкретной ситуации, из стиля его поведения, — это предмет психологии” (*Отсюда — предпочтение тяжелого рока или Шенберга с Губайдуллиной, расслабление с помощью вина или плавания в бассейне — не предмет социальной психиатрии — А. П.*)

“Поведение, которое не может быть понято ни в социологическом, ни в психологическом смысле, но может быть выведено из конкретных психических расстройств, является предметом психиатрии” (*и социальной психиатрии, в частности — А. П.*)

Глава 9 “Социология психиатрия” короткая, но четко постулирующая, что это взгляд социолога на психиатрическую науку и практику снаружи в отличие от социальной психиатрии, где этот взгляд идет изнутри, от самих психиатров.

Еще одно критическое замечание. В нескольких местах монографии упоминается проблемы полового поведения как варианты патологических, т.е. непроецессуальных, расстройств. Если по отношению к нарушениям половой идентификации в виде транссексуализма это справедливо, то спорным является утверждение (правда привычное, а не изобретенное автором), что перверзии являются состоянием. Истинные перверзии или парафилии — это болезни зависимого поведения с обязательной динамикой, синдромокинезом, появлением изменений личности и т.п. Если же рассуждать иначе, то большие алкоголизмом, наркоманией, игровой и пищевой зависимости — тоже не болезни, а люди только с патологическим состоянием. А вот сексуальные девиации, т.е. те же в феноменологическом плане сексуальные явления, но без признаков зависимости и прогрессивности — это действительно состояния, причем не патологические. То, что в МКБ-10 девиации и парафилии объединены, виновато социально-привычное крайне настороженное общество к сексуальному поведению человека вообще. А психиатры не могут жить в обществе, отделяя его от себя. На самом деле сотни и даже тысячи вариантов сексуального поведения ни болезнью, ни патологическим состоянием не являются, критерий атипичности в данном случае отражает чисто количественный аспект. Критерий же “аморальности” вообще никакого отношения к психиатрии не имеет. Подглядывающие, переодевающиеся, жестокие, любящие животных — не обязательно больные люди, также как и те, которые, например, любят есть сырую рыбу или недоваренные яйца. Эти замечания мне представляются актуальными еще и потому, что в стране бушует “педофильная истерия”, с принятием закона о химической кастрации и т.п. Подавляющее число педофилов — это психически (в плане душевном) здоровые люди с девиантным поведением, кото-

рое они реализуют не по болезненным механизмам, а вследствие личностно-безнравственных установок. То же самое касается и “расстройств сексуального (а вовсе не полового!) предпочтения, т.е. гомосексуализма и бисексуализма. Юрий Сергеевич справедливо пишет о некоторой нелепости исключения гомосексуализма как болезни из научно-практической классификации путем голосования в АПА. Да, во многом, это было сделано в угоду социальным запросам. Но сейчас уже достоверно доказано (а известно это было еще в Древней Греции, а в XX веке после работ А. Кинзи), что гомосексуализм врожденная биологическая (а не психическая) аномалия. Фактически это то же самое, что левшество, за которое когда-то сжигали на кострах, дискредитировали в обществе, переучивали, исправляя “болезненную патологию”. Сейчас об этом стараются вспоминать реже, так как становится стыдно. Также когда-то будет стыдно тем, кто утверждает болезненность или безнравственность гомосексуалов, принимая чудовищные в своем мракобесии и научном незнании репрессивные законы почти фашистского толка. Повторяется история с учением Ч. Ломброзо, что все преступники — врожденные психически патологические личности. Психиатрам, тем более передовым в своих научных и социальных (правозащитных) взглядах надо быть особо осторожными, и уж тем более понимать, что демонстрации ЛГБТ сообщества провокационно называются гей-парадами. Активистами, ведущими себя вызывающе-агрессивно, там выступают люди не с нарушением сексуальной идентификации, а больные сексуальными перверзиями или резко акцентированные и психопатические личности, преследующие свои корыстные цели. “Чистые” гомосексуалы должны интересоваться психиатров только в случаях их пограничных реакций в связи с отношением к ним общества и возникшей вследствие этого интериозованной гомофобии. Какой же нелепостью представляются законы о “гомосексуальной пропаганде”, ведь нельзя изменить уже врожденные сексуальные предпочтения, как нельзя без калечения психики “переделать” левшей в правшей. Пример Спарты (IV век до н.э.) никого не интересует. А ведь там все (!) мальчики проходили в подростковом возрасте мужскую и воинскую инициацию через формально гомосексуальные отношения со старшими воинами. Все они, вырастая, оставались мужчинами, ведущими гетеросексуальный образ жизни и никакими “извращенцами-педерастами” не становились. Но что такое наука по сравнению с идеологией широких масс! Она почти всегда проигрывает.

Книга имеет обширные приложения:

1. Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. “Тревожные психотические синдромы” (свою точку зрения на выделение анксиозных синдромов, а не симптомов я уже изложил выше, но это не умаляет для меня фундаментальность работы, написанной еще в 1974 году).

2. Методические рекомендации “Скрытые депрессии и их диагностика” (1978). Любопытно, что только спустя почти 20 лет понятие скрытых и ларвированных депрессий стало широко внедряться широко в психиатрическую практику и то с указаниями, что это “открыто” западными психиатрами. Увы, действительно нет пророков в своем отечестве!

3. Серия статей “Новая парадигма в психиатрии” (1997 – 1998), хорошо известная тем, кто регулярно читает Независимый журнал и бывает на конференциях и съездах НПА.

4. “История моей докторской диссертации”, из которой будет понятна почему защищенная замечательная работа была в конце концов не утверждена. Это все происходило в 1974 году. Все описанное в этой заметке мне понятно, потому, что точно также произошло с докторской диссертацией моего старшего товарища и учителя в области психотерапии известнейшего сейчас на всю страну М. Е. Литвака, причем происходило это уже в российские, а не советские времена, но повторилось зеркально!

Абсолютно убежден, что на большую часть критических замечаний у Юрия Сергеевича найдутся новые “контраргументы”, т.к. он высокообразованный профессионал, “сверхценно убежденный” человек (без малейших клинических признаков “патологического развития”), высокоответственный гражданин. С удовольствием приму “критику критики критической психопатологии”. А также надеюсь, что отзовутся на эту крупную книгу и те наши корифеи, которые всегда оппозиционировали Ю. С. Савенко по некоторым вопросам социальной, а иногда и клинической психиатрии. А самая большая надежда — что ее захотят прочитать наши коллеги-профессионалы, которые выбрали психиатрию, как главное и любимое дело в жизни (а таких все же много).

А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону)

ОТВЕТ АВТОРА

Пока успеваю ответить только тезисно.

Все-таки, Алексей Яковлевич, вопреки предисловию, Вы читали текст быстро. Иначе бы увидели, что никакой иронии к разграничению “клинической психотерапии” и “психотерапии — психокоррекции” нет в помине. Наоборот, предупреждается путаница обозначений демонстрацией, что в руках психиатра и психолога одинаковые методы используются по-разному, но дополнительно друг другу.

Ваш пример, что “отсутствие указательного пальца на правой руке у мужчины- правши — это болезнь, из-за которой его не берут на службу в армии”, оттачивается разве что от словоупотребления ведомственных инструкций. Но это же несерьезно: в армию не берут и олигофренов, а это тоже патология. Патология и болезнь — никакая не параллель биологическому и социальному.

“Феноменологическое познание доступно только ведущим клиницистам”? Нет, оно доступно любому любящему свое дело психиатру, когда у него есть достаточно времени и соответствующей выучки, и опытным психиатрам даже в дефиците времени.

Уровни суицидов и наркотизации, действительно, выражают состояние общества, но они одновременно, взятые конкретно для отдельной личности в ее микросоциальной среде, которую она выбирает, в которую вросла (а “мир приватного” входит в понятие личности) — непосредственно и тесно связаны с психическими расстройствами. Самоубийства террористов при ближайшем рассмотрении очень разнородны.

Не могу согласиться, что список синдромов исчерпан и закрыт. Такие заявления корректны только в адрес идей типа вечного двигателя и т.п. Достаточно сказать, что на любой синдром можно взглянуть как на недифференцированное целое нескольких синдромов, тем более в аффективной сфере. И обратно: любой феномен может быть превращен в синдром. Всю аргументацию за выделение психотического тревожного синдрома Вы попросту проигнорировали, сославшись на современные авторитеты. Вы присоединяетесь к мнению, что “самостоятельного нозологического и даже синдромологического завершения тревога не имеет”, тогда как, например, инволюционно-меланхолический синдром — общеизвестная клиническая реальность.

Не могу согласиться, что можно пренебречь понятием психотического уровня в коротких промежутках времени. В таких случаях моделью служат *pti mal*, *grand mal*, *gartus melancholicus*. Что касается панических атак, то из их пестрого разнообразного множества этой явно разнородной симптоматической группы необходимо выделение состояний, пересекающих черту критериев психотического уровня. И это дискретный переход, практическое значение которого трудно переоценить.

Проблема психотического уровня — центральная во всех отношениях — касается и самого поверхност-

ного уровня пограничных состояний, отданного на откуп интернистам. Этот подход имеет в виду скрытые и маскированные формы психотических расстройств и мобилизует на серьезное к ним отношение. Конечно, это только видимость принадлежности к пограничному регистру, но сама проблема острее, чем прежде.

При решении вопроса, что тяжелее: деградировавший алкоголик или наркоман, превратившие себя и близких в БОМЖей и легко переступающих любые этические запреты, или дементный с амнестической дезориентировкой, но сохраняющий лицо и личность в общении с окружающими, Вы исходите из большего веса биологических факторов по сравнению с психологическими и духовными, что ясно сформулировано в моей работе в соответствии с законами Н. Гартмана. Но, главное, Вы исходите из узко аналитического взгляда, тогда как личность — это уже нечто целостное, исходя из чего мы и говорим, что личностная сохранность значимее мнестико-интеллектуальной, когда обе перешли в необратимую форму. Здесь не годятся гиперболы типа копрофаги, и большинство людей предпочтет жить с беспомощным, чем с явно способным на любую низость. Важно иметь в виду положение Курта Гольдштейна: мы постоянно имеем дело не с больными какой-то болезнью, а с измененной этой болезнью личностью, у которой есть такая болезнь.

Не знаю, где Вы вычитали у меня рядоположение Павлова и Иванова-Смоленского, Великана и карлика, превратившего концепцию вечно сомневающегося за фасадом решительности ученого в непререкаемую догму — дубину для идущих дальше. Видимо, это впечатление от резкой критики концепции, которая, сыграв свою роль, стала тормозом в руках таких, как Иванов-Смоленский.

Вы правы, что перед лицом вакханалии против секс-меньшинств необходимо более дифференцированное внимание к этой теме.

Спасибо за неліцеприятный и раскованный текст.

Атака на независимость РАН в советском стиле

Самое эпохальное для страны, что совершается в наши дни, наряду с развалом службы здравоохранения, и психиатрии в частности, и системы образования — это лишение автономии Российской Академии Наук.

В давно нелегитимной Думе, фонтанирующей непристойными законопроектами, словно стремящимися заслонить собой впечатление от предыдущих, бесстыдно торжествуют грызловы с петриками, которых комиссия по лженауке РАН посмела чуть было ни лишить прибыли. На вопрос кто авторы скандального законопроекта, президенту РАН отвечают: не ваше дело. В. Фортов и Ж. Алферов призывали к диалогу с властью, но приглашенные на общее собрание РАН представители власти не явились, как в свое время не явились на Пироговский съезд. А ведь всё те же люди, финансисты, а основной лоббист — Ольга Голодец.

Как ярко описал Виктор Водкин (Пало Алта, США), Академия наук и в царские времена подчинялась власти. Так, в 1915 году после недолгого сопротивления Академия, выполняя предписание правительства, вывела из своего состава около 70 иностранных и почетных членов. В мае 1917 года первым выборным президентом стал геолог А. П. Карпинский, а в ноябре общее собрание Академии приняло Обращение к ученым, оценивая захват власти большевиками “как небывалую в истории катастрофу”. С тех пор Академия попала от них в полную зависимость, тем более что в годы Гражданской войны (1919 – 1921 гг.) более трети состава действительных членов Академии погибло. К умершим следует добавить 11 почетных членов Академии и 35 членов-корреспондентов.

Академиком поодиночке и “пачками” арестовывают, выпускают, берут в заложники, осуждают, амнистируют, заставляют трудиться в неволе, награждают и восстанавливают в Академии, все это ломает волю к “непослушанию”, а заодно инициативу и смелость мысли, необходимые для полноценного научного творчества.

В 1921 году большевики кардинально ограничили самостоятельность и автономию университетов, преподаватели которых, в основном гуманитарии, составили большую часть “философского парохода” (более 200 человек).

В июне 1927 года был принят Устав, в котором впервые появляется пункт об исключении из Академии “если его (академика) деятельность направлена явным образом во вред Союзу ССР”.

В 1929 году в состав академии была введена группа ученых-коммунистов, трех из которых ввести за-

ставили, а в 1929 – 1930 гг. правительственная комиссия в ходе чистки Академии из 960 штатных сотрудников сняла 128, а из 830 сверхштатных — 520 сотрудников, и доложила: “Академия сломлена”.

В 1931 году были исключены академики С. Ф. Платонов, Е. В. Тарле, Н. П. Лихачёв; в 1934-м — академики Перетц и Сперанский. В 1938 году исключено 25 членов Академии. Зато с 1938 года почетным членом Академии числился Сталин. Российские императоры получали это звание, будучи наследниками. В 1946 году сами академики предложили звание почетного академика Молотову.

В 1948 году Нобелевский лауреат Генри Дейл выходит из Академии в связи с разгромом генетики.

В 1948 – 1949 гг. в последний момент было отменено совещание, готовящее разгром физики, после знаменитой фразы Сталина “Пусть делают бомбу, расстрелять всегда успеем”.

В 1953 году, незадолго до смерти Сталина, лишен звания академика историк И. М. Майский. В 1961 году снят Президент Академии А. Н. Несмеянов. В 1963 году Хрущев грозит: “Мы разгоним в чертовой матери Академию наук” и, действительно, половина институтов АН (92) было сокращено. Реализовал расформирование Академии Наук, как известно, Муссолини. Знаменита история, когда предложение исключить из Академии Андрея Дмитриевича Сахарова пресек Петр Леонидович Капица, заявивший, что это напомнит всем исключение Альберта Эйнштейна из Прусской Академии Наук.

На пороге 290-летия (1724) РАН наши малокультурные депутаты (в череде скандальных историй с плагиатом в их диссертациях и неуследимым числом написанных за них) торопливо, сознательно пользуясь отпусками ученых, приняли сразу в двух чтениях¹ законопроект, который лишал страну одной из опор ее фундамента, не помышляя окончательно перевести ее в третьеразрядные, совсем как крыловская свинья под дубом. Видимо, прерогатива Академии наук быть экспертом проектов государственной важности и фильтром от жульнической псевдонауки была непременна для грызловых с петриком.

Нынешний процесс “огосударствления Академии — лишение ее самостоятельности, жесткое планиро-

¹ Законопроект был внесен 28.06, 3.07 принят в первом чтении (срок подачи заявок до 15.00 4.07), а 5.07 — во втором чтении. Никто из 344 депутатов не проголосовал против.

вание работы, зависимость ученых от пресловутых “эффективных менеджеров”, а теперь и передача в управление государством всего имущества РАН — все это является абсолютным препятствием нормальному развитию академической науки. Желание строить планы в науке — это медицинский диагноз или просто неудачная шутка: говорят же: если хочешь насмешить Бога, расскажи ему о своих планах. Вообще жесткая регламентация науки — гибель для нее. Плохо, когда ученым платят маленькую зарплату и вынуждают их больше думать о заработке, а не о науке. Но еще хуже, когда над учеными еще и висит погонялово, — что его могут выгнать, не провести по конкурсу, что он обязан в своей работе строго следовать предписанным планам. Это полная катастрофа для исследователя: только свободно мыслящий человек способен вершить науку... Сейчас вообще, похоже, воссоздают сталинскую систему... Понятно, что современных молодых чиновников-менеджеров научная вольница сильно раздражает: они мыслят бухгалтерскими категориями, академический подход им незнаком и непонятен. Исторически до сегодняшнего дня академическими институтами руководили и руководят, как правило, заслуженные ученые. Как в свое время руководили институтами Капица, Ландау. А в результате предлагаемой реформы РАН государство хочет полностью подчинить науку калькулятору. Это приведет к куда более печальным последствиям, чем диктатура идеологии... Разгром РАН — это удар не столько по Академии и ее сотрудникам, сколько по тем резервам государственной политики, без которых ни одно современное государство не выживет... У американцев чиновники Госдепа достаточно подготовлены и широко образованы. А у наших чиновников образование — в лучшем случае МГИМО или Академия госслужбы. А это фактически образование, аналогичное тому, какое в советское время давала Высшая партийная школа, ВПШайка. Когда Брежнев упрекали в том, что он окружил себя евреями-академиками, он парировал: “У Никсона есть Киссинджер, а чем я хуже?”. Для этого нужно трезво оценивать свои возможности и уметь слушать. А этого нынешняя власть либо не понимает, либо не хочет делать. Вот Брежнев знал себе цену и реально оценивал свое место в жизни — он же просил своих спичрайтеров: “Вы только не делайте в моих докладах цитат из Карла Маркса — никто же не поверит, что я его читал”. А современная российская власть себя так грамотно и трезво не оценивает” (чл.-корр. РАН Рафаил Ганелин).

А вот мнение академика РАН Юрия Рыжова: “Смысл этого законопроекта? Да нет тут никакого смысла, кроме стремления власти выстроить академиков в один послушный строй. А вот самым страшным последствием фактического уничтожения РАН, кроме очевидного скатывания страны на обочину научного прогресса, станет ликвидация независимой

экспертизы, роль которой, худо или бедно, но все-таки выполняла Большая академия. Некому будет говорить власти в глаза правду, как это делал, например, Петр Леонидович Капица. Отсутствие такой экспертизы уже начинает сказываться на общественном климате в стране. Вспомните хотя бы политические процессы над учеными, объявленными шпионами, хотя они вели абсолютно несекретные работы по научным планам своих институтов. За последнее столетие Россия пережила по крайней мере несколько очевидных системных кризисов, которые у нас зовут “смутами”. И каждый раз к ним приводила недалеко-видная трусливая позиция правящих на тот момент властей. Честные, нелицеприятные рекомендации и трезвые оценки им просто были не нужны. Как нынешним властям оказалась, по сути, не нужной Большая академия. Иначе ведь и не появился бы на свет этот проект ее кастрации”.

Акад. РАН Валерий Рубаков: “У этого бессмысленного безобразия есть, на самом деле, весьма далеко идущий тайный смысл: рейдерский захват академической собственности, освященный законодательно... А перевод всех член-корроров в академики иначе как попытку подкупа расценить весьма трудно”.

Акад. РАН Юрий Пивоваров: “Реформа, которую предлагают нам, абсолютно неприемлема. Есть объяснение: мол, Академия наук болеет, поэтому государству нельзя не вмешаться. Но послушайте, у нас все общество больно, что же его за это убивать? А такая реформа — это убийство российской науки. Ее главного учреждения. И это продолжение атак на гражданское общество, потому что Академия наук — это, скорее всего, последнее пристанище настоящей демократии... Это чекистские методы. И речь идет о новой площадке для бюрократии: все мотивы, которыми прикрывают “необходимость” реформы, в корне лживы [Говорят, что по объемам публикаций научных статей в признанных миром изданиях российские ученые занимают сейчас 120-е место (из 145 стран), по среднему числу ссылок на них — 77-е место (после Нигерии), а средний возраст академика составляет 74 года]. Ложь, что Академия наук неэффективна... При том финансировании, что получают наши ученые, любой европейский коллектив уже давно бы перестал существовать”.

Вызванный всем этим протест ученых был беспрецедентным для всей истории Академии наук. В результате, Президент одернул Думу, законопроект вернули на второе слушание и приняли компромиссный вариант, что — конечно — поражение Академии, лишившейся экономической автономии. Но “превратить Академию в послушную машину не удалось” (член-корр. РАН Юрий Батулин).

(По материалам газет “Троицкий вариант”, “Новая газета”, “Новости Петербурга” и др. за июнь-июль 2013 г.)

Интеграция российской психиатрии в Германии

14 – 15 июня 2013 г. в Нюрнберге состоялся Второй международный конгресс Немецко-российского общества психиатрии и психотерапии (DRGPP, Нюрнберг) и Немецко-российского общества психиатрии, психотерапии и психосоматики (DRGPPP, Бремен). Возникшие одновременно, независимо друг от друга в 2009 году эти общества объединили усилия русскоговорящих психиатров для помощи мигрантам с психическими расстройствами из стран бывшего Советского Союза.

Организаторы этих обществ — Елена Чуманская и Яна Кириленко — ученицы проф. В. П. Самохвалова из Симферополя, живущего с 2009 года в Чехии. Среди участников конгресса были в прошлом советские психиатры, работающие в Берлине, Мюнхене, Франкфурте-на-Майне и Нью-Йорке, а также гости из Киева, Симферополя, Санкт-Петербурга и Москвы.

После очень содержательных выступлений руководителя медицинской службы г. Нюрнберга д-ра Фреда-Юргена Байера (Beier) и проф. Ганса-Йорга Ассиона (Assion) из Дортмунда были заслушаны доклады о проблемах мигрантов с психическими расстройствами, их самоидентификации, интеграции в общество, психотерапии и социальной реабилитации, сравнительного анализа их заболеваемости с общей популяцией.

С пленарными лекциями выступили, в частности, Ю. Савенко (“Тревожные расстройства в классификации”) и Л. Третьяк из Санкт-Петербурга (“Депрессивный пациент в российской семье: клинический и

культурный контекст”). Отдельный симпозиум по проблемам игровой зависимости (гемблинга) провели коллеги из Санкт-Петербурга проф. А. Г. Софронов, проф. А. Егоров, д-р А. Еричев. Большой интерес вызвали два доклада д-ра Валерия Кажина (“Наркозависимости у поздних переселенцев”, “Амбулаторная помощь русскоязычному населению в Кауфбойрне”), а также сообщение Татьяны Михалак “Телефон доверия на русском языке”. Были проведены воркшопы, посвященные психологической и психотерапевтической работе с русскоязычными мигрантами в Германии и США, а также проблемам психологического образования в Германии. Конгресс завершился впечатляющей культурной программой.

Нельзя не отметить, что немецко-российские общества, организовавшие уже второй конгресс, тем самым положили конец прискорбному положению вещей, когда — в отличие от врачей-мигрантов из других стран — русскоязычные психиатры ни в Америке, ни в Европе до этого не интегрировались в самостоятельные общества. Конгресс, собравший около 100 человек, был превосходно организован и прошел на высоком уровне.

Условия, предоставляемые психиатрам-мигрантам и налаженное общественное устройство в Германии, создают конкурентную среду с явным перевесом в сторону оттока кадров из России, что — как хорошо известно — намного серьезнее оттока капитала. Предотвратить этот процесс можно только созданием достойных условий в собственной стране.

Морита-терапия в России

4 – 5 сентября 2013 года в Москве, в непосредственной близости от Крутицкого подворья, состоялся уже VIII Международный конгресс по Морита-терапии, организатором которого на этот раз стала руководитель российской ветви этого движения Наталья Дмитриевна Семёнова.

На Конгресс приехало большое количество японских коллег не только из Японии, но работающих в Канаде, Великобритании, США, использующих этот метод. Широко были представлены и отечественные специалисты, хотя не все из них хорошо знакомы с Морита-терапией. С приветствием от них выступил профессор Б. Н. Краснов. На всех секциях сопредседательствовали отечественные психиатры — А. Е. Бобров, С. Н. Еникалопов, Ю. С. Савенко, Ю. С. Шойгу и другие.

С пленарной лекцией о профессоре Морита выступил директор Института Морита-терапии в Токио профессор Кеньи Китаниши.

Шомо Морита (Shomo Morita, 1874 — 1938) с детства страдал высокой степенью “невротизма”, преодолению которого был обязан обращением к дзен-буддизму (доктрина которого феноменологична), на основе которого создал психотерапевтический метод, состоящий из 4 стадий:

- 1) покой в уединении на татами (4 – 7 дней);
- 2) легкая работа в саду и ведение дневника (4 – 7 дней);
- 3) работа, соответствующая состоянию здоровья и увлечениям (от недели до месяца);
- 4) тяжелая практическая работа в коллективе, независимая от интереса (от недели до месяца).

Курс рассчитан на 2 – 3 месяца, на протяжении которых врач не учит, а поддерживает самостоятельное строительство, под знаком определенных принципов: следование природе, не преодоление, а реалистичное принятие актуального страдания, не освобождение от симптома, а адаптация к жизни с этим симптомом, отказ от Я за счет его слияния с определенными действиями, самоактуализация в этом, страхи и желания — единое целое, поэтому неверно устранять страх, но не разделять душу и природу, не искать причины, так как всё циклично. Врач должен найти и разрубить порочный круг. В 1915 году была создана амбулаторная, а в 1919 году стационарная форма терапии в домашней обстановке. С тех пор она распространилась на Китай, Северную Америку, Австралию, Великобританию и др., а в 1960 – 1970 годах обновилась (нео-Морита-терапия). В России первая школа по Морита-терапии возникла в Санкт-Петербурге в 1990 году.

Морита активно противостоял психоанализу и рациональной психотерапии Дьюба.

Особый интерес вызвало заседание, посвященное использованию Морита-терапии при посттравматическом стрессовом расстройстве на примере беженцев из Камбоджи и Руанды, жертв сексуального насилия и стихийных бедствий. Успешно было использование этой терапии при социофобиях, но также и хронических депрессиях и других расстройствах.

Конгресс принес взаимное удовлетворение его участникам и благодарность устроителям за расширение творческих связей с японскими коллегами и обогащение более глубоким пониманием Морита-терапии.

И снова “Гражданская комиссия по правам человека”

Гражданская комиссия по правам человека известна своей непримиримой борьбой с нарушениями прав человека в психиатрии, а точнее, с самой психиатрией как таковой и всеми психиатрическими учреждениями. Всякое ограничение прав пациентов, всякое лечение, всякое ограничение свободы воспринимаются как грубое нарушение прав человека и подвергаются жесткой критике. При этом не учитывается тот факт, что ограничение прав может осуществляться в соответствии с психическим состоянием и в интересах безопасности самого гражданина или окружающих его лиц, а лечение часто является совершенно необходимым, чтобы предотвратить развитие заболевания и уберечь человека от различных неадекватных, порой уголовно наказуемых, действий. При этом борцы за права манипулируют людьми с психическими расстройствами, настраивают их против врачей и необходимого лечения, раскручивают на протестные действия и дезорганизуют налаженную работу психиатрических учреждений. С другой стороны, отма-

живаясь от их жалоб, можно выплеснуть с водой ребенка, поскольку люди с психическими расстройствами часто не могут самостоятельно постоять за свои права и действительно подвергаются дискриминации, унижениям, а порой и физическому насилию.

18 июля 2013 г. по поручению Прокуратуры Московской области была проведена проверка “незаконных действий руководства ПНИ № 5 пос. Филимонки” в отношении нескольких граждан, проживающих в этом интернате. Заявления поступили от председателя Гражданской комиссии по правам человека С. А. Иванова на основе обращений проживающих в интернате Петрова, Чудова и Коростелева [Все фамилии изменены]. В проверке участвовали главный специалист Департамента социальной защиты населения г. Москвы Е. В. Бусыгина, директор ПНИ № 23 С. А. Пьянков, заместитель директора по медицинским вопросам этого же интерната М. Ю. Дмитриева, а также представители НПА России Л. Н. Виноградова и Н. В. Спиридонова.

В заявлениях говорилось о факте избиения охраной одного из проживающих, имевшем место в феврале 2013 г., а также о незаконных действиях администрации интерната в отношении проживающих: ограничения в передвижениях по интернату и за пределами его территории, запрет на работу за пределами интерната, отсутствие информированного согласия на лечение, изъятие охраной и персоналом продуктов, вещей и денег у проживающих, запрет на прием самостоятельно приобретенных лекарственных препаратов и т.п.

Члены комиссии изучили заявления, медицинскую документацию, провели индивидуальные беседы с каждым из заявителей, осмотрели помещения проживания указанных лиц и помещение изолятора, проверили условия проживания, лечения и применения мер стеснения, условия хранения личных вещей, денег и документов.

Администрация интерната по-своему подготовилась к проверке: у всех “жалобщиков” были взяты заявления о том, что они никаких претензий к проживанию в интернате не имеют и в Гражданскую комиссию по правам человека не обращались. Даже гражданин Петров, который не умеет читать и писать, и в 2007 году признан судом недееспособным, подписал такое заявление.

По результатам проверки информация, изложенная в отношении Коростелева, не подтвердилась: он проживает в отделении со свободным выходом, свободно пользуется мобильным телефоном, получает лечение на основе информированного согласия, чувствует себя хорошо и никаких побочных эффектов от получаемых препаратов не испытывает. Социально-реабилитационная службы интерната проводит социализацию Коростелева и готовит его к выписке из интерната.

Проверка соблюдения прав Чудова также не выявила никаких нарушений. Сам Чудов жалоб на условия проживания и лечение не предъявляет. Периодически работает за пределами интерната. Имеет свободный выход, самостоятельно распоряжается своей пенсией и заработанными деньгами. Все его жалобы связаны с “нарушением” прав Петрова. Он хочет добиться “восстановления дееспособности Петрова и гуманного отношения к нему со стороны администрации, персонала и других клиентов”. Считает его слабым и хочет покровительствовать. Достаточной критики в отношении Петрова не имеет, планирует научить его читать, писать, самостоятельно проживать и работать в обществе.

Не подтвердилась и информация о незаконном изъятии продуктов, вещей и денег у проживающих. Имеется список запрещенных вещей и продуктов (в частности, алкоголь), и персонал не допускает проноса этих вещей на территорию интерната. Лекарственные препараты хранятся у медицинского персонала и выдаются по назначению врача. Самостоятельное использование лекарственных препаратов в интернате запрещено в целях исключения возможного вреда здоровью проживающих. Паспорта проживающих

хранятся в социально-правовой службе интерната и выдаются по письменному заявлению.

Труднее всего было разобраться с нарушением прав Петрова. В 2007 г. он был признан судом недееспособным, дважды привлекался к уголовной ответственности в связи с нанесением телесных повреждений гражданам и находился на принудительном лечении. Проверка, проведенная в 2013 г. Видновской городской прокуратурой, подтвердила, что решение суда о признании Петрова недееспособным является законным и обоснованным. Сам Петров высказывает желание восстановить дееспособность, однако в настоящее время оснований для постановки такого этого вопроса — по мнению комиссии и заключению врачебной комиссии интерната — не имеется. Администрация интерната неоднократно предлагала Петрову работу в лечебно-трудовых мастерских в соответствии с его возможностями. Однако Петров от предложенной работы категорически отказывается, считая, что она недостаточно оплачивается. Петров получает лечение, адекватное его психическому состоянию, вся медицинская документация оформлена в соответствии с действующим законодательством. Недавно ему по его просьбе была изменена терапия, и в настоящее время он жалоб на свое психическое состояние не предъявляет. Проверить информацию об избиении Петрова сотрудником охраны в феврале 2013 г. оказалось невозможно. Сам Петров в своих показаниях путается, телесных повреждений на тот момент зафиксировано не было, и администрация категорически отрицает факт избиения. По версии администрации у Петрова возникло состояние двигательного возбуждения и его фиксировали к кровати в изоляторе, чтобы сделать инъекцию седативного препарата. Администрация взяла объяснительные записки у медсестры и охранника. Встретиться с медсестрой не удалось, т.к. она вскоре после этого случая уволилась в связи с выходом на пенсию. Охранника тоже на месте не оказалось, а в своей объяснительной он, в частности, утверждал, что Петрова не избивал, а провел с ним “разъяснительную беседу”. Журнала, регистрирующего применение мер стеснения, в интернате не имеется, в истории болезни записи о фиксации Петрова (по какой причине, на какое время и т.п.) отсутствуют, почему охранник проводит разъяснительные беседы с проживающим, администрация нам не объяснила.

Все это позволяет предполагать, что ситуация с применением мер стеснения в ПНИ № 5 является неблагоприятной. Охранники не должны участвовать в применении мер стеснения, а всякое ограничение свободы должно быть санкционировано врачом и действовать лишь на тот период времени, когда это необходимо. Здесь необходим гражданский контроль, и всякий сигнал о насилии в отношении пациентов должен тщательно проверяться, а виновные в злоупотреблениях — должны нести неотвратимое наказание.

Л. Н. Виноградова, Н. В. Спиридонова

Контраст психоневрологических интернатов Москвы и Московской области

Отчет о поездке в Звенигородский психоневрологический интернат (некоторые сведения и проблемы оказания психиатрической помощи)

В Государственную Думу РФ, к Уполномоченному по правам человека в РФ и в Общественную Палату РФ поступила жалоба сестер милосердия Московского Храма Преображения Господня на администрацию Звенигородского ПНИ. В жалобе сообщалось о массовых нарушениях прав граждан, проживающих в интернате, а также о том, что администрация интерната после многолетнего сотрудничества и благодарностей неожиданно расторгла с ними договор и не пускает на территорию интерната. Официальная причина — вмешательство во внутренние дела интерната. Чем же провинились сестры милосердия? Оказывается, они стали выяснять, на каком основании администрация интерната взимает с проживающих так называемую единовременную выплату — ЕДВ, составляющую до 75 % всех получаемых ими средств, помимо 75 % от пенсии, и почему применяется запугивание и наказание тех, кто отказывается выплачивать эти деньги. Кроме того, сестры интересовались вопросами лечения, хотели выяснить, по каким причинам молодым ребятам с диагнозом “умственная недостаточность” назначают нейролептики, которые они плохо переносят. Были и другие претензии, например, раздача конфет и других сладостей во время обеда.

Проверка Звенигородского ПНИ проводилась Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукиным и сотрудниками его аппарата, с участием Уполномоченного по правам человека в Московской области А. Е. Жарова и представителей отдела соцзащиты Московской области. По просьбе В. П. Лукина в проверке также участвовала исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова.

Комиссия побеседовала с директором интерната и юристом, некоторыми сотрудниками. Кроме того, за территорией интерната члены комиссии поговорили с двумя проживающими и сестрами милосердия из московского храма Преображения Господня, с которыми незадолго до этого был расторгнут договор о сотрудничестве.

Членам комиссии не удалось побеседовать с гражданами, которые жаловались на условия проживания и нарушение их прав администрацией и персоналом интерната, поскольку их не оказалось на месте. Объяснения были крайне противоречивы: сначала сказали, что они на работе и вернутся в 18 час., потом выяснилось, что их утром увезли якобы на встречу с губернатором, которая потом отменилась и ее заменили культпоходом в кино. Вместо этого членам комиссии предложили побеседовать с проживающей, которая была всем довольна, проживала с мужем в отдельной комнате со всеми удобствами, ждала получения квар-

тиры. Однако и она сообщила, что после получения денег на карточку (около 3 тыс. ежемесячно, после удержания 75 % пенсии), она должна снять деньги и заплатить 841 руб. интернату “за социальные услуги”. Вопрос о законности ЕДВ, которая в обязательном порядке взимается с проживающих, должен решаться прокуратурой и судом, однако в любом случае совершенно недопустимым является сама процедура получения денег интернатом: наличными деньгами сразу после получения пенсии под принуждением.

Комиссия осмотрела 4-й этаж, на котором находится закрытое мужское отделение, и надзорную палату (наблюдательную комнату), а также помещения на 2-ом этаже. В отделении 4-ого этажа еще не сделан ремонт, и отмечается антисанитарное состояние стен, пола, сантехники, дверей, шкафов. В этом отделении имеется небольшая комната с тяжелой железной дверью и зарешеченным окошком. В комнате 4 кровати и унитаз. Умывальник отсутствует. Обитатели комнаты постоянно находятся за закрытой дверью, их выводят лишь несколько раз в день для приема пищи. Тогда же, по словам персонала, они могут помыть руки — в общей ванной комнате, где имеются две большие ванны и отсутствует умывальник. Администрация называет эту комнату надзорной или наблюдательной палатой, проживающие — карцером и утверждают, что туда помещают в качестве наказания.

Никаких документов о деятельности ПНИ комиссии представлено не было. По сведениям, полученным от директора, в интернате наблюдается нехватка кадров, что связано с более низкой, чем в Москве, заработной платой. В частности, в ПНИ только 3 врача-психиатра на 421 человека, и ни одного из них нам не удалось повидать. Не хватает также психологов и социальных работников, имеется только 1 инструктор по трудотерапии, обучением занимаются воспитатели.

В интернате 196 недееспособных, много инвалидов с ограничением движения, однако коляски есть далеко не у всех, “только у тех, кто нуждается, у кого это отмечено в индивидуальной реабилитационной программе”. Остальные — “лежачие”, постоянно находятся в постели. Из реабилитационных мероприятий сотрудники интерната назвали только трудотерапию, никаких реабилитационных мероприятий в распорядке дня, который вывешен в каждом отделении, не отмечено.

В тех отделениях, которые мы осмотрели, следует отметить нарушение санитарных норм жилой площади: вместо положенных 6–7 кв. м в некоторых палатах площадь не превышает 2,5–3 кв. м, кровати стоят близко, порой без какого-либо расстояния друг от друга. Проживающие не имеют отдельных тумбочек для хранения личных вещей. С другой стороны, интернат переоборудован в психоневрологический из

интерната общего типа, в связи с чем он выгодно отличается от многих учреждений такого рода: преобладают маленькие комнаты на 2–3 человека с отдельным туалетом и умывальником.

Интернат имеет лицензию на оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по психиатрии. Учитывая контингент проживающих (тяжелые психические расстройства и выраженная умственная отсталость с нарушениями поведения), амбулаторная помощь оказывается, прежде всего, в виде динамического диспансерного наблюдения, которое предполагает регулярные осмотры врачом-психиатром и постоянное оказание необходимой психиатрической помощи. Частоту и регулярность осмотров проверить не удалось, однако в 4-ом отделении в так наз. наблюдательной палате был обнаружен человек, который был помещен туда два месяца назад после осмотра врачом-психиатром. С тех пор он психиатром ни разу не осматривался, однако продолжал находиться в этой палате. На каком основании он там находится, администрация интерната объяснить не смогла. На вопрос, сколько еще времени он будет там находиться, ответ мы не получили.

В соответствии со ст. 5 закона о психиатрической помощи, психиатрическая помощь должна оказываться в наименее ограничительных условиях, которые соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям. Меры физического стеснения или изоляции могут применяться только в тех случаях, когда психическое расстройство человека вызывает действия, представляющие непосредственную опасность для себя или других лиц. Применение мер физического стеснения должно фиксироваться в отдельном журнале и применяться только на тот период времени, когда это необходимо. Каждые два часа необходимо проверять состояние человека, и если необходимость в мерах стеснения отпала, немедленно прекращать их. Изоляция граждан в постоянно запертой комнате, безусловно, может рассматриваться как резкое ограничение свободы, и недопустима без серьезных оснований. Во многих интернатах такие наблюдательные комнаты или изоляторы используются для временной изоляции проживающих в связи с изменением состояния, которое может представлять опасность для себя или окружающих. Если состояние удается быстро купировать, человек возвращается в свое отделение, если нет — его переводят в психиатрическую больницу. Длительное содержание людей в таких условиях, к тому же не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам, без регулярных осмотров и назначений, совершенно недопустимо. Изолировать человека можно на короткое время в связи с острым состоянием для того, чтобы решить вопрос о последующей госпитализации в психиатрическую больницу. Между тем, проживающие утверждают, что туда помещают в качестве наказания, причем указание об этом может дать и медсестра и даже санитар.

Согласно закону РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, амбула-

торная психиатрическая помощь может оказываться только в добровольном порядке, на основе информированного согласия. Учитывая тяжелый контингент интерната, получить информированное согласие во многих случаях довольно сложно, это требует кропотливой работы по установлению доверительных отношений с каждым из проживающих, дополнительных разъяснений и поддержания контакта с теми, кому необходима постоянная терапия. Отсутствие достаточного количества специалистов ставит под вопрос возможность оказания квалифицированной психиатрической помощи в соответствии с требованиями закона. В результате, проживающие жалуются на принуждение при приеме лекарств и угрозы в случае отказа от терапии. Наличие добровольного согласия в каждой истории болезни проверить не удалось, однако проживающие жаловались на то, что многие подписали добровольное согласие в результате угроз и принуждения.

Согласно ст. 43 закона о психиатрической помощи, администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствование лиц, проживающих в нем, с целью решения вопроса о возможности пересмотра решений об их недееспособности. Администрация Звенигородского ПНИ утверждает, что раз в год проводится общий осмотр всех проживающих. В результате за последние два года 15 человек были признаны недееспособными, однако случаев восстановления дееспособности на протяжении нескольких лет не отмечено, что свидетельствует о недостаточном уровне реабилитационной работы в интернате.

Таким образом, администрация ПНИ не проявила никакого желания сотрудничать с приехавшей комиссией, не обеспечила возможности побеседовать с людьми, направившими свои жалобы Уполномоченному по правам человека в РФ, в Думу и Общественную палату, не выразила желания разобраться и принять меры к разрешению ситуации. Кроме того, **есть серьезные основания полагать, что психиатрическая помощь проживающим в Звенигородском ПНИ оказывается с нарушениями российского законодательства:** нарушение принципа добровольности и информированного согласия, необоснованное применение мер стеснения, отсутствие регулярных осмотров и назначений, отсутствие медико-социальной реабилитации. Кратковременность проверки и невозможность подробно ознакомиться с медицинской документацией не позволили более основательно документировать эти выводы. Однако выявленные нарушения и их общий контекст делают необходимым принятие безотлагательных мер.

*Л. Н. Виноградова, исполнительный директор
Независимой психиатрической ассоциации России,
член экспертного совета при Уполномоченном
по правам человека в Российской Федерации*

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Николай Клюев (1884 – 1937)



Один из наиболее выдающихся самобытных русских поэтов Серебряного века. Крестьянский поэт, которым восхищались Блок и Белый, Мандельштам и Ахматова, глубоко старообрядчески религиозный мятежный, неоднократно попадавший в царские и советские тюрьмы и, в конце концов, спустя год после полученного в тюрьме апоплексического удара с параличом левой половины тела расстрелянный по сфабрикованному делу.

*Я потомок лапландского князя,
Калевалов волхвующий внук,
Утолю без настоек и мази
Зуд томлений и пролежни скук...*

Так немного нужно человеку:
Корова, да грядка луку,
Да слезинка в светлую поруку,
Что пробьет кончина злomu веку,
Что буренка станет львом крылатым,
Лук же деревом, чьи плоды — кометы...
Есть живые, вещие приметы,
Что пройдет Господь по нашим хатам:
От оконца тень крестообразна,
Задремала тайна половицей,
И душа лугов парит орлицей,
От росы свежительно-алмазна.
Приходи, Жених, Дориносимый, —
Чиста скатерть, прибрана светелка!..
Есть в хлевушке, в сумерках проселка,
Золотые Китежи и Римы.
Уврачуйте, черные увечья,
О святые грады, в слезном храме!..
У коровы дума человечья,
Что прозябнет луковка громами.

(1916)

ТРУД

Свить санный воз мудрее, чем создать
“Войну и мир” иль Шиллера балладу.
Бредете вы по золотому саду,
Не смея плод оброненный поднять.

В нем ключ от врат в Украшенный Чертог,
Где слово — жрец, а стих — раджа алмазный,
Туда въезжают возы без дорог
С билетом: Пот и Труд многообразный.

Батрак, погонщик, плотник и кузнец
Давно бессмертны и богам причастны:
Вы оттого печальны и несчастны,
Что под ярмо не нудили крестец.

Что ваши груди, ягодицы, пятки
Не случены с киркой, с лопатой, с хомутом.
В воронку адскую стремяся без оглядки,
Вы Детство и Любовь пугаете Трудом.

Он с молотом в руках, в медвежьей дикой шкуре,
Где заблудился вихрь, тысячелетий страх,
Обвалы горные в его словах о буре
И кедровая глубь в дремучих волосах.

(1917)

Есть две страны: одна — Больница,
Другая — Кладбище, меж них
Печальных сосен вереница,
Угрюмых пихт и верб седых!

Блуждая пасмурной опушкой,
Я обронил свою клоку
И заунывною кукушкой
Стучусь в окно к гробовщику:

“Ку-ку! Откройте двери, люди!”
“Будь проклят, полуночный пес!
Куда ты в глиняном сосуде
Несешь зарю апрельских роз?!”

Весна погибла, в космы сосен
Вплетает вьюга седину...”
Но, слыша скрежет ткацких кросен,
Тянусь к зловещему окну.

И вижу: тетушка-Могилы
Ткет желтый саван, и челнок,
Мелькая птицей чернокрылой,
Рождает ткань, как мерность строк...

(1937)

РЕКОМЕНДАЦИИ

Деррида Жак. Голос и феномен. — СПб., 2013

Мотрошилова Н. В. Мартин Хайдеггер и Ханна Арендт (бытие — время — любовь). — М., 2013

Кристева Юлия. Семиотика. Исследование по семанализу. — М., 2013

Кристева Юлия. Силы ужаса. Эссе об отвращении. — СПб., 2013

Ойзерман Т. И. Размышления. Изречения. — М., 2013

* * *

Ямпольская Анна. Феноменология в Германии и Франции. Проблема метода. — М., 2013

Порус В. Н. Перекрестки методов. Опыты междисциплинарности философии культуры — М., 2013

Барт Эрман. Великий обман. Научный взгляд на авторство священных текстов — М., 2013

* * *

Франкл Виктор. Сказать жизни “Да!”. Психолог в концлагере. — М., 2013

Лепская Н. И. Язык ребенка: онтогенез речевой коммуникации — М., 2013

* * *

Густав Шпет и Шекспировский круг. Письма, документы, переводы. — М. — СПб., 2013

Местергази Е. Г. В. С. Печерин как персонаж русской культуры. — М., 2013

Антология русской души. Кн. 1. — Киев, 2012

Штильман Артур. Музыка и власть — М., 2013

Евреинов Н. Н. Нестеров. — М., 2013

Гройс Борис. Gesamt — Kunstwerk. Сталин. — М., 2013

* * *

Бельй Андрей. Мастерство Гоголя. — М., 2013

Миркина Зинаида. Невидимый собор — М. — СПб., 2013

Вайман Наум. Черное солнце Мандельштама. — М., 2013

* * *

Ле Гофф Жак. История и память — М., 2013

Вжичек Войцех. Культура и историческая истина — М., 2012

Чельшев Е. П., Коробко М. Ю. Усадьба Узкое и Владимир Соловьев. — М., 2012

Савицкий Иван. Прага и зарубежная Россия (очерки по истории русской эмиграции 1918 – 1938 гг.). — Прага, 2012

Лоу Кит. Жестокий континент. Европа после Второй мировой войны. — М., 2013

Чапский Юзеф. Старобельские рассказы. На бесчеловечной земле. — М., 2012

* * *

Верховский Александр. Политика государства по отношению к национал-радикальным объединениям в 1991 – 2002 гг. — М., 2013

* * *

Беккет Сэмюэл. Безымянный. Мэлон умирает. — М., 2013

“Люблю Тебя нежно...”. Письма Андрея Белого к матери. 1899 – 1922. — М., 2013

ABSTRACTS

The Breivik case and what psychiatrists can learn from it

Ingrid Melle (Oslo, Norway)

In the afternoon of July 22, 2011, Norwegian Anders Behring Breivik killed 77 persons, many of them children and youths, in two separate events. On August 24, 2012, he was sentenced to 21 years in prison. Breivik went through two forensic evaluations: the first concluded that he had a psychotic disorder, thus being legally unaccountable, whereas the second concluded that he had a personality disorder, thus being legally accountable. This article first describes Breivik's background and his crimes. This is followed by an overview of the two forensic evaluations, their methods, contents and disagreements, and how these issues were handled by the court in the verdict. Finally, the article focuses on some lessons psychiatrists can take from the case.

Key words: Breivik's case, forensic psychiatry, psychiatric diagnosis, psychiatry and the media.

On understanding of evidential medicine in clinical psychiatry

(Theses to discussion
at the XIV congress of IPA of Russia)

Yu. S. Savenko

Opposition of "categorical" to "dimensional" approach in modern psychiatric literature, assertion that progressive innovation of DSM-V and ICD-11 is transfer from categorical to dimensional "paradigm" is followed by discord and inadequacy of understanding of all these categories.

The real alternative is opposition of phenomenological and inductive categories and methods and the most urgent problem are methods of their combination in definite succession and different complex combinations, but not mixing in process of integration and synthesis. Modern computer technologies allow to analyze data in accordance with various research programs and alternative approaches, realizing the principle of something complementary and relying on monothetic (all symptoms of disease), but not polythetic (a part of symptoms from special list) categorization.

Thus, under the banner of simplification, speeding and reduction of pries all the bulk of outstanding methodological achievements of XX century is being ignored, which reflects sociologization of scientific knowledge and its substantial decline.

Key words: conceptual foundation of DSM-V and ICD-11, reciprocity of categorical and dimensional approaches.

Is Rakevitch case alive and wins?

(Right of patient to appeal against involuntary
hospitalization in mental hospital)

Yu. N. Argunova

Under the study are ways of overcoming gap in the Russian legislation regarding right of patient on his own to initi-

ate court review of involuntary hospitalization in mental hospital.

Efficiency of application of psychological and pedagogical methods of correction of emotional violations at children with problems in development in out-patient practice

A. I. Kislova (Naberezhnye Chelny)

The article analyses the results of a several years' usage of alternative (rather than medicamental) methods of treatment and rehabilitation of the mentally ill children. The usage of all types of art therapy (music therapy, fairy-tale therapy, photo chart therapy, sand therapy, and imago therapy) as well as treatment through communications with small animals and hippotherapy in the practice of children's psychiatric department didn't have a stopping action on psychotic syndromes in case of endogenous psychosis. It was aimed at softening of the schizophrenic defect in emotional and communicatory spheres, changing the distance of the children suffering from early infantile autism in their relationships with a mother and other children, as well as at development of children's cognitive activity and skills. The author used not only psychological test estimating methods, but also a mathematical tool for estimating efficiency of the applied methods. The article may be useful for practicing child psychiatrists, psychologists and art therapists.

Key words: emotional violations at children with problems of mental development, art therapy, psychological pedagogical correction.

Psychoemotional features of patients with chronic anal cracks

*E. A. Rogozhkina, V. G. Zaika, V. S. Groshilin
(Rostov-on-Don)*

The purpose of the work was the assessment of results of complex treatment of patients with chronic anal cracks in whom the anxiety and depression in the background of existing features of the personality were revealed in the preoperative period. The psychopharmacotherapy in a complex with surgical and conservative treatment allows to influence results of operative treatment, improving subjective feeling better of patients, reducing terms of healing of a postoperative wound, reducing percent of recurrence of surgical treatment of such patients.

Key words: anal crack, psychoemotional status, features of the personality, psychopharmacotherapy.