

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

2013

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

В соответствии с требованиями Минюста РФ, читать всюду “Независимая психиатрическая ассоциация России” как «Общероссийская общественная организация “Независимая психиатрическая ассоциация России”»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
В. В. Мотов
П. А. Понизовский
В. Н. Прокудин

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

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

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

Сдано в набор 16.12.2013. Подписано в печать 25.12.2013. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2013-04-РА.

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

25-ЛЕТИЕ НПА РОССИИ, XIV СЪЕЗД	
Деятельность НПА России в 2011 – 2013 гг. — Ю. С. Савенко	5
Доказательная медицина в психиатрии: постоянный диалог феноменологической и индуктивной методологии — Ю. С. Савенко	11
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Роль мозговой межполушарной асимметрии в происхождении психопатологической симптоматики — В. В. Калинин	16
О некоторых причинах гипердиагностики детского аутизма — Б. В. Воронков, Л. П. Рубина (СПб)	27
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Параноидная шизофрения: приступообразная или непрерывная? — ведущий В. В. Калинин, врачи-докладчики О. С. Ибрагимов, М. А. Фарамазов, с участием В. Кажина (Шварцвальд, Германия)	32
Пример смертельной опасности неадекватной полипсихофармакотерапии — А. В. Кучаева, Д. Г. Семенихин (Казань).	43
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Недобровольная госпитализация: приоритет права пациента лично участвовать в судебном рассмотрении дела — Ю. Н. Аргунова	46
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Люди преклонного возраста дементны?	55
ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ	
Магаданский процесс. Провал очередной попытки использовать психиатрию в немедицинских целях (1999 г.).	60
ИЗ ПРАКТИКИ	
Клинические особенности хронического алкогольного галлюциноза (клинический случай) — Т. И. Немкова, А. Г. Гофман	65
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Неисправимый протестант — В. Д. Тополянский	69
Н. Н. Баженов. Русская революция. Очерк социальной психологии (первый перевод на русский язык)	72
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
Еще раз о неуместном направлении усилий — А. Г. Гофман, Ю. С. Савенко	81
ХРОНИКА	
Четверть века НПА России. XIV съезд.	84
Берлинский конгресс глазами наших молодых коллег	85
Ежегодная всероссийская конференция психиатров в Самаре.	88
Защита прав детей, проживающих в интернатных учреждениях	89
Три открытых письма по делу Михаила Косенко	93
Конференция в Международном Мемориале	96
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Два рисунка Моше Гимейна из серии “В больнице”.	97
НЕКРОЛОГИ	
Станислав Модестович Плотников.	99
Александр Петрович Кольцов.	100
РЕКОМЕНДАЦИИ	101
АННОТАЦИИ	102

CONTENTS

QUARTER OF A CENTURY OF THE IPA OF RUSSIA. XIV CONGRESS	
Activities of the IPA of Russia in 2011 – 2013 — Yu. S. Savenko	5
Data-based medicine in psychiatry: permanent dialog between phenomenological and inductive methodology — Yu. S. Savenko	11
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Role of brain inter-hemisphere asymmetry in the origin of psychopathologic symptomatics — V. V. Kalinin	16
About some causes of childhood autism overdiagnosis — B. V. Voronkov, L. P. Rubina (St-Petersburg)	27
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Paranoid schizophrenia: in the form of attacks or continuous — Prof. V. V. Kalinin, O. S. Ibragimov, M. A. Faramazov, with participation of Vitaly Kazhin (Schwarzwald, Gernamy)	32
Example of death danger of polypsychopharmacotherapy — A. V. Kuchayeva, D. G. Semenikhin (Kazan)	43
PSYCHIATRY AND LAW	
Involuntary hospitalization: priority of patient’s rights to take part personally in juridical procedure of case — Yu. N. Argunova	46
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Do people of old age have dementia?	55
PSYCHIATRY AND RELIGION	
Magadan process. Failure of the next attempt to use psychiatry in not medical purposes (1999).	60
FROM PRACTICE	
Clinical features of chronic alcoholic hallucinosis (a clinical case) — T. I. Nemkova, A. G. Hoffman	65
FROM CLASSICAL HERITAGE	
The incorrigible protestant — V. D. Topolyansky	69
N. N. Bazhenov. Russian revolution. Sketch of social psychology (for the first time in Russia)	72
REVIEWS AND COMMENTS	
Once again about the inappropriate direction of efforts — A. G. Hoffman, Yu. S. Savenko	81
CHRONICLE	
Quarter of a century of the IPA of Russia. XIV Congress	84
Berlin Congress by our young colleagues’ eyes.	85
Annual All-Russian conference of psychiatrists in Samara	88
Protection of the rights of the children living in residential establishments	89
Three open letters on the case of Mikhail Kosenko	93
Conference in the International Memorial	96
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Moshe Gimeyn’s two drawings from the series “In Hospital”.	97
OBITUARIES	
Stanislav Modestovich Plotnikov	99
Alexander Petrovich Koltsov.	100
RECOMMENDATIONS	101
ABSTRACTS	102

25-летие НПА РОССИИ XIV СЪЕЗД



Деятельность НПА России в 2011 – 2013 гг.

Отчетный доклад

Дорогие коллеги! Мы рады видеть вас здесь сегодня, особенно тех, кто сумел выбраться из дальних мест, тех, кто давно с нами, кто болеет за наше дело. Давайте все вместе отдадим дань памяти и глубокого уважения ушедшим из жизни выдающимся деятелям Ассоциации д-ру Александру Юрьевичу Магалифу и проф. Александру Олимпиевичу Бухановскому, проф. Станиславу Модестовичу Плотникову, д-ру Александру Петровичу Кольцову, а также друзьям нашей Ассоциации проф. Модесту Михайловичу Кабанову, проф. Оресту Дмитриевичу Сосюкало и д-ру Мелвину Сабшину. Прошу почтить их память вставанием.

Четверть века НПА России — исторический срок, который она прошла сквозь многие испытания, которые сама же и предвещала, исполняя принятую на себя роль, заданную собственным уставом и наименованием. И устав ассоциации, ее цели и приоритеты деятельности, и ее история, написанная к 20-летию, доступны каждому на нашем сайте, доступно и содержание Независимого психиатрического журнала, которому тоже больше 20 лет, содержание всех выпусков которого ни в чем не устарело, а хроника событий стала непредвзятой историей предмета за эти годы.

Но, в результате, одним из основных наших достижений является то, что вопреки всему, мы выжили и

— более того — собственным примером показали, как много полезного может сделать небольшая группа энтузиастов, даже когда приходится постоянно плыть против течения.

Как это возможно? Многозначительной метафорой может послужить известная история, когда шлюпка с несколькими гребцами и адмиралом Макаровым на Босфоре легко опережала многовесельные, пытавшиеся ее обогнать, благодаря нехитрому приспособлению, использующему знание того, что на глубине есть противоположное течение...

Как и прежде, я построю отчет о деятельности Ассоциации за последние три года по нашим главным приоритетам.

Первый из них — собственно профессиональный, состоял в проторении феноменологического направления в психиатрии, интеграции вкладов этого направления, обеспечивающего нашему предмету адекватный и надежный материал и концептуальную основу, ясные направления и перспективы.

Нам удалось не только самим, но — что даже важнее — зажечь и многих членов РОП энтузиазмом этой деятельности. В результате, у нас сегодня — в год столетия “Общей психопатологии” Ясперса, заложившей до сих пор парадигматически современный

фундамент психиатрии, — переведены все психиатрические работы Ясперса, многие философские и его политическое завещание. Не только научными и философскими трудами, всей своей жизнью, Ясперс служит для нас выдающимся примером интеллектуальной честности, трезвого критического ума, высокой гуманности и безукоризненной порядочности в любых трудноразрешимых ситуациях, включая условия нацистского режима и готовности к смерти. Я вспоминаю, как один из наших выдающихся клиницистов Николай Георгиевич Шумский как-то рассказал мне о неизгладимом впечатлении, которое произвела на него интонация “Философской автобиографии” Карла Ясперса: “Вы сделали очень большое дело, издав ее”. Интонация этой книги, действительно, вызывает непосредственное чувство доверия к автору и особенное отношение к нему. Совсем не случайно Ясперса не захватил всеобщий патриотический угар в Первую Мировую войну, его невозможно представить себе в роли Мартина Хайдеггера 1934 года. Психиатр, как и философ, всем своим существом — инструмент познания. И действительно, Ясперс оказался пророческим и в политике.

За эти три года мы опубликовали работу Майер-Гросса из другого вершинного достижения мировой психиатрии преднацистского периода (1932 г.) — IX тома руководства по психиатрии “Шизофрения”, подготовленного Гейдельбергской клиникой и посвященного Ясперсу, а также “Психологию шизофрении” Йозефа Берце и Ганса Груле, психотерапевтические работы Рюмке и Якоба Клези.

Все эти и многие современные публикации журнала укрепляли и продолжали укоренившуюся в российской психиатрии традицию высокого клиницизма, что как раз в эти годы стало особенно актуальным в связи с атаками на клинический метод некоторых наших молодых коллег, пошедших в фарватере не лучшей современной научной моды, которая руководствуется приоритетами простоты и экономии, не смущаясь вульгаризацией. Собственно этому отвечает готовящаяся реформация МКБ-11 и DSM-V. Ее ретроградной общеконцептуальной направленности в общем развитии науки было посвящено мое выступление на ежегодной общероссийской конференции в Самаре и издание монографии “Введение в психиатрию”, где сделана попытка восполнить пробелы, прежде всего, общеконцептуальной проблематики нашего предмета, которую вынужденно обходили стороной или искажали в советскую эпоху. Задачей этой книги было подвести прочный, отвечающий новой научной парадигме фундамент под традиционное клиническое направление отечественной психиатрии и пути ее дальнейшего углубленного развития. Это тем более важно, что совершенно не случайно за эти последние несколько лет некоторые работы о будущем психиатрии, отнюдь не из антипсихиатрического лагеря, пророчили смерть психиатрии.

Перед лицом наступления неопозитивистского направления, противоречащего новой общенаучной парадигме, но зато соответствующего духу времени, —

процессам омассовления, стандартизации и коммерциализации, прессинга фармакофирм и многих других внеученных социологических факторов, в частности, игнорирования представителями ВОЗ наших совместных в Александром Сергеевичем Тигановым и Николаем Григорьевичем Незнановым предложений в развитие МКБ-11, в нашем выступлении в Самаре была сформулирована задача консолидации в международном масштабе всех, кому очевидна необходимость соответствия новой общенаучной парадигме, которая состоит в конкретизации и конкуренции исследовательских программ. Работы, отражающие видение будущей МКБ на основе лучших традиций клинической психиатрии, вскоре получат возможность издаваться в новом журнале “Российская психиатрия” на английском языке. Реализация такого журнала, задуманная Зурабом Ильичем Кекелидзе, сыграет выдающуюся роль, а в сочетании с уже осуществленным переводом на русский язык Журнала ВПА “Всемирная психиатрия” создаст живую обратную связь с зарубежными коллегами к взаимной пользе.

На региональном конгрессе ВПА в Ереване мы сформулировали феноменологические клинко-психопатологические основания несостоятельности унитарной концепции депрессии, высокую практическую целесообразность для выделения классического меланхолического синдрома и психотического тревожного синдрома в качестве двух ядерных таксонов для целого семейства аффективных синдромов, что позволяет делать более дифференцированные рекомендации. Лекцию по сходной тематике я прочел в Нюрнберге на Втором международном съезде русскоговорящих психиатров, пользующих русскоговорящих мигрантов и создавших для них систему медико-социальной помощи.

Важнейшей школой профессионализма были ежемесячные открытые клинические разборы в Преображенской больнице, где ведущими выступали (в хронологическом порядке) профессора В. В. Калинин, В. Г. Остроглазов, А. Г. Гофман, А. С. Тиганов, А. С. Аведисова, В. Н. Краснов, М. Е. Бурно, Б. Д. Цыганков, новшеством было участие в этой роли приехавшего из Барнаула проф. Б. Н. Пивеня, а в журнале публикация нескольких клинических разборов на кафедре проф. А. О. Бухановского.

Мы приняли участие с докладом на XIII Конгрессе ВПА в Буэнос-Айресе, а наши молодые члены выступали на Германском, Европейском и Японском съездах психиатров. Наши члены приняли участие в форумах в Казани и Ростове-на-Дону, где отмечалось 20-летие “Феникса”, на юбилейной конференции памяти Федора Измайловича Случевского в Санкт-Петербурге, в IV национальном конгрессе по социальной психиатрии в Москве и 90-летия Центра им. Сербского и IV национальном конгрессе Украины, посвященном доказательной медицине в невропатологии, психиатрии и наркологии. Состоялись уже XVI и XVII Консторумские чтения Общества клинической психотерапии при НПА, организованного Марком Евгеньевичем Бурно, как всегда, в особой



психотерапевтической атмосфере. Мы приняли участие и в множестве других конференций, встреч, семинаров по другим темам, но, конечно, наиболее ответственной научной проблемой последних лет была предстоящая МКБ-11, тесно корреспондирующая с заявленным на этом съезде обсуждением доказательной медицины в психиатрии.

В 2011 году мы вошли в Национальную медицинскую палату, но сразу отмежевались от ее вступления в Народный фронт В. В. Путина, как неуместной политизации. В 2012 г. НПА стала членом Европейской психиатрической ассоциации.

Важнейшими практическими проблемами психиатрии были и остаются — идущая **реформа здравоохранения**, разработка **стандартов диагностики** и лечения психических расстройств и **судебно-психиатрическая экспертиза**.

В начале этого года мы написали открытое письмо министру здравоохранения России относительно вывешенного на сайте минздрава стандарта “Амбулаторного лечения расстройств личности”. Поразило, что диагноз “расстройство личности”, который довольно легко можно при желании поставить большому числу людей, предлагалось лечить всем спектром психотропных препаратов, включая антипсихотики, причем в чрезмерных дозах, в отношении некоторых превышающих в 5 – 9 раз прописываемые при психозах. В результате, практика пенитенциарной психиатрии, используемая на разнородной группе дефицитарных изменений личности пациентов, находящихся на принудительном лечении, возводилась в ранг стандарта для людей с расстройствами личности, что далеко не одно и то же. Инициативу нашей ассоциации поддержало и РОП. Тем не менее, мы получили из Минздрава совершенно бессодержательный ответ. Потребовалось несколько довольно резких коллективных обсуждений у главного психиатра Минздрава проф. Кекелидзе, который присоединился к нашему возмущению, но не мог объяснить, как это могло произойти. Судя по всему, не психиатры — последние кураторы даже такого рода сугубо профессиональных и высоко ответственных вопросов, а, видимо, чиновники страховых, финансовых и других структур, исходящие из далеко не медицинских приоритетов. Отсутствие медиков в числе последних, исправляющих такие дозы, очевидным для всех образом преступно. Но дело закончилось отписками с исправлением доз. Если мы сегодня посмотрим на этот стандарт, то увидим, что все нейрорептики по-прежнему присутствуют, и хотя дозы не зашкаливают, они очень основательны. Что это, как не бесплодная попытка изменения характера, даже темперамента, лошадиными дозами лекарств? И все это называется “лечением” вместо корректного обозначения “медикаментозная коррекция декомпенсации расстройств личности”. На форуме этот стандарт активно обсуждается.

Мы выступили также с критикой алгоритмов биологической терапии на примере обсессивно-компульсивного расстройства и лечения депрессивных рас-



Ю. С. Савенко на XIV съезде НПА России

стройств в итоговой за полвека работе отдела клинической психофармакотерапии Московского НИИ психиатрии проф. Сергея Николаевича Мосолова за отход от приоритета клинического метода, что непосредственно относится к теме предстоящего сегодня обсуждения. Его заявления о “малопродуктивности”, “относительной беспомощности” клинико-психопатологического метода лишней раз подтверждают чуждость клиническому методу современной международной методологии проверки новых лекарственных средств, которой он взялся заниматься как автор основных руководств по этой тематике. Сверхдоходы фармакобизнеса, превышающие доходы наркобизнеса, позволяют оплачивать деятельность полунищих научных учреждений, и даже невольно, на подсознательном уровне, лоббировать те или иные препараты, что хорошо видно со стороны. На этой почве год назад, в декабре 2012 года, произошел грандиозный скандал в Американской психиатрической ассоциации. Меня изумило в этой итоговой, более чем 1000-страничной книге, утверждение, что “для лечения большинства тревожных расстройств эффективность хорошо доказана главным образом для имипрамина и кломипрамина”. И это не в первый раз.

Наша работа “Экспансия индуктивного подхода на примере тревожно-депрессивных расстройств”, помещенная в первом выпуске НПЖ за этот год, дает представление о нашей позиции по этой поставленной на обсуждение теме.

Что представляет из себя идущая сейчас реформа психиатрии?

Хотя в больницах находится 14 % от состоящих на динамическом наблюдении, на них вместо паритета шло 90 % средств. Поэтому деинституционализация в

нашей стране — это благовидный предлог откровенного отъема средств у и без того нищей отрасли. Это очевидно из того, что сэкономленные средства не остаются, как в других странах, для развития различных форм внебольничной помощи. Поэтому наш семинар, посвященный обобщению аналогичного опыта восточно-европейских и прибалтийских стран, показывающий, что по настоящему успешная внебольничная помощь дороже стационарной, не вызвал желания услышать это. То, о чем рассказывают врачи, московские и из регионов, как это выглядит на практике, совпадает:

- сокращено количество больниц и врачей;
- диспансеры слиты с больницами;
- уменьшено количество койко-мест;
- уменьшены сроки пребывания на койке;
- за повторные поступления в течение года врачи штрафуются;

- лекарственное обеспечение осуществляется дженериками;

- выписка льготных рецептов искусственно очень усложнена;

- врачей принуждают к сплошной писанине;

- больные, которые выписываются к родственникам, которых нет, превращаются в БОМЖей и криминализируются;

- руководство теперь осуществляется не на месте, а в административных центрах регионов, ездить куда — значит тратить несколько часов, а в Москве часто получается то же самое. И т.д.

Есть и плюсы: улучшились внутрибольничные условия, увеличилась площадь на одного больного, уменьшилось число хронически больных и начальства. Но всегда надо помнить, к какому всплеску пожаров привела, например, ликвидация лесников. Причинами пожаров в ПНИ, которые пытались списать на персонал, вынужденный работать на две ставки, на лекарства и т.п., была, прежде всего, ветхость зданий, политика ресурсо-сбережения.

Солидаризируясь с позицией руководителей организации психиатрической помощи, профессорами И. Я. Гуровичем, Б. А. Казаковцевым, В. С. Ястребовым и К. К. Яхиным, как классической, подробно сформулированной в России еще Павлом Якобием более века назад на основании европейского опыта, как соответствующей современным математическим моделям, показавшим несомненное преимущество децентрализации, за исключением разве что чрезвычайных ситуаций, мы постоянно призывали коллег говорить об этом требовательным, а не просящим тоном, активно демонстрировать многообразные преимущества децентрализации, которая не сводится к открытию психиатрических отделений в общесоматических больницах. Такого рода опыт широко распространен на западе, но это означает или неизбежно ведет к стиранию всякой специфики психиатрии как междисциплинарной науки, ее биологизацию, что уже дало плоды на примере доказательной медицины в психиатрии, DSM и МКБ.

Но для власти большим приоритетом, чем эффективность, является управляемость, недоверие к самоорганизации и постоянная подмена ее, создаваемыми сверху карманными или даже просто имитационными организациями, так называемыми ГОНГО или “общественно-государственными структурами”, которые являются не промежуточными, а сполна прогосударственными в общественной личине. Сейчас как раз момент, когда согласно принятому после десятилетия проволочек закону об общественном контроле мест принудительного содержания, из которого Дума в последний момент выбросила психиатрические учреждения, созданные по всей стране Общественные наблюдательные комиссии (ОНК) грубым силовым образом заполняются ветеранами силовых ведомств. Россия до сих пор не ратифицировала факультативный протокол к Конвенции против пыток, согласно которому создается государственный механизм превенции пыток и жестокого обращения, охватывающий и психиатрические учреждения. Такой механизм успешно работает в 23 европейских странах, в том числе в Сербии, Словении и Армении, сейчас создается в Украине. Но не у нас.

В этих условиях неисполнение уже в течение 20 лет 38 статьи закона о психиатрической помощи обрекает стационарных психически больных на отсутствие гарантий исполнения для них всего закона. По примеру киргизских коллег, которые подали в суд на правительство и добились реализации аналогичной статьи, мы обратились в Генеральную прокуратуру, Юлия Николаевна Аргунова сумела парировать попытку отфутболивания, началось определенное движение в Правительстве. Но наша борьба за то, чтобы эта статья закона была исполнена, которая поглотила массу времени и сил, несмотря на солидарность всего психиатрического сообщества, РОП, НПА и организации родственников психически больных, обращение съезда психиатров России, активную поддержку Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Владимира Петровича Лукина, получившего положительную визу Президента на этом обращении, несмотря на преодоление множества препятствий и разработку конкретного законопроекта и поэтапного плана действий, это дело было недавно переброшено на исходный, причем низовой уровень для откровенно бесконечной волокиты. Постоянно препятствовали этому министерства финансов и экономразвития. Отметим, что 38 статья не исполнялась и в период, когда денег у правительства было предостаточно. Эта история показывает, насколько актуальным является до сих пор знаменитый исходный правозащитный лозунг: “Власть, исполняй собственные законы!”, сформулированный Александром Сергеевичем Есениным-Вольпиным. В этой ситуации мы направили открытое письмо в ВПА.

Продолжая добиваться включения психиатрических учреждений в закон об общественном контроле, мы осуществляли его в Москве и Московской области по линии уполномоченных по правам человека и посетили многие психоневрологические интернаты



и больницы Москвы и Московской области, обнаружив разительное отличие интернатов. Принципиально лучшее финансирование московских интернатов буквально преобразило их.

Как это важно, мы испытали на собственном примере: последние два года мы оказались без грантов, в которых нам несколько раз отказали с анекдотической формулировкой: “у вас нет стабильного финансирования”. Ассоциация оказалась в долгах за аренду и журнал. Продержаться удалось, благодаря благотворительным взносам, за что мы всем благодарны.

В разительном контрасте с дореволюционной эпохой, мы с Юлией Николаевной были единственными представителями психиатрии на VIII Пироговском съезде врачей России — движения, воскрешающего самое славное, по-настоящему демократическое самоорганизованное объединение земской медицины, выдвинувшее в качестве приоритета профессиональную автономию.

Но в этом своем приоритете мы видим стремительное и все ускоряющееся движение вспять к централизации и жесткости командной системы, изживания не только демократического, но даже гражданского стиля управления.

Мы видим укоренение этого стиля даже в судах.

Мы неоднократно сталкивались за последние три года с положением, когда судьи спокойно нарушают статью УПК, согласно которой судья не вправе отказать адвокату заслушать привлеченного им специалиста и приобщить эти показания к делу. Так, в деле, где банковскому работнику подослали проститутку, сочно оговорившую его, я с тремя профессорами судебными медиками, удостоверившими фальсификацию (фотография повреждений, противоречивших всем закономерным стадиям их эволюции), два дня по многу часов безрезультатно пытался дать профессиональные показания. В самое последнее время тактика круто изменилась: специалиста заслушивают, иной раз даже с доброжелательным видом, не проверяя как прежде документы, но полностью игнорируют, даже — как совсем недавно — когда лично загоняют вызванного в суд эксперта в угол. Как следует из обзоров журнала Американской академии психиатрии и права в нашем журнале, в Соединенных Штатах адвокаты начали так штудировать психиатрическую литературу, что ставят в тупик видных экспертов.

Тем более неправдоподобным успехом выглядит прорыв в деле расширения прав недееспособных — самой уязвимой категории граждан, находившихся фактически на рабском положении, а также введение новой правовой категории — ограниченной дееспособности. Этого удалось добиться благодаря единодушию коалиции неправительственных организаций, и вмешательству Европейского суда по правам человека и Конституционного суда РФ. Характерно, что судебные психиатры заняли критикуемую нами позицию: “Пусть нам законодатель скажет, а мы тогда разрабатываем критерии”. Вклад нашей Ассоциации в этот успех значителен. Юлия Николаевна остановится на

этом и других правовых вопросах в отдельном докладе. Очень важна ее работа во 2-ом выпуске 2012 г. “Независимость эксперта с позиций Европейского суда по правам человека”, который подчеркнул несоблюдение принципа равенства сторон.

Особенно тонкий индикатор идущих в обществе процессов — судебно-психиатрическая экспертная практика. Мы опубликовали серию очень показательных для нашего времени разборов судебно-психиатрических экспертиз, где в имущественных процессах совершенно игнорируется предсмертная воля, высказанная в ясном уме, а опорой для деменции служит просто преклонный возраст или даже несомненным образом фальсифицированные данные, что не мешает экспертам закрывать на это глаза. В одном из таких случаев разоблачение нами такой фальсификации активно осудила и Этическая комиссия РОП, что однако не помогло. Явным предлогом, освященным законом, служит недопустимость оценивать представленные судом данные.

Озвучивание, публикация таких примеров, презентующих великое множество подобных, — все, что оказывается возможным.

Нам было приятно услышать на Санкт-Петербургской конференции по судебной психиатрии от руководителя Экспертного отделения Центра им. Сербского проф. А. А. Ткаченко, что приводимые нами примеры в разделе “Досье эксперта” начали обсуждаться.

Однако наиболее громким оказалось дело “Русского Брейвика”, Дмитрия Виноградова, манифест которого (в отличие от рационального профашистского текста норвежского прототипа) — выразительный психопатологический документ — был проигнорирован экспертами, а судья (кстати, вошедший в список Магнитского) запретил мне критиковать заключение экспертов и пригрозил санкциями.

Наконец, в деле Михаила Косенко, фигуранта Болотной площади, высветились еще другие проблемы: эксперты вынуждены, отвечая на вопрос относительно опасности подэкспертного, рассматривать вменяемую, но не доказанную и не утвержденную судом вину, как действительность.

Это дело очень внятным для всех нас образом из мелкого заурядного, только по ходу дела, из-за позиции властей, превратилось в политическое и даже прецедентное. Здесь судья одобрительно понимающе выслушала мои подробные разъяснения несостоятельности выводов экспертов и просьбу послать Косенко на повторную стационарную СПЭ в Центр им. Сербского ради репутации этого учреждения, т.к. перевод этого заключения на английский язык бросил бы очередную тень на нашу судебную психиатрию. Все было проигнорировано.

Наконец, здесь возникла важная этическая проблема. Эксперты уклонились от ответа на вопрос: ухудшится ли состояние Косенко в условиях СИЗО? И хотя ответ был ясен любому, — и словно они не врачи — ответили: “Это не в нашей компетенции”. Брать на себя в сложных случаях ответственность, а не пря-

таться за рутинный шаблон, — разве это не в духе этического кодекса судебного психиатра? А судья, в свою очередь, не отпустила Косенко попрощаться с умирающей матерью. — Куда мы катимся? Ведь это уже типовые вещи.

В результате, судья продублировала все предложения экспертов и назначила Косенко, человеку, который 12 лет аккуратно принимал легкую терапию (сонапакс с золофтом) принудительное стационарное лечение. Мы обратились с открытым письмом к Уполномоченному по правам человека, чтобы добиться хотя бы амбулаторного принудительного лечения, так как риск декомпенсации Косенко вне привычной уединенной жизни очень высок.

Мы обратились с Открытым письмом и в РОП в отношении воскрешения в деле Косенко советской карательной психиатрии, которая обнаружилась, в частности, в утверждениях, эксперта Центра Сербского, вызванного в суд, а потом и других не последних фигур, что “шизотипическое расстройство — все равно шизофрения”, хотя МКБ вывела неврозоподобную вялотекущую шизофрению в отдельный кластер. Именно это положило конец в три раза большей чем в других странах диагностики шизофрении. Заявление в Этическую комиссию РОП написал и директор Центра им. Сербского проф. З. И. Кекелидзе: якобы я оскорбил экспертов публичным утверждением, что они сознательно вводят суд в заблуждение.

Я бы хотел здесь подчеркнуть, что критика судебно-психиатрических экспертных заключений в нашем журнале не персонифицируется в директоре Центра им. Сербского Зурабе Ильиче Кекелидзе, а направлена на нашу судебную систему и в целом централизованную систему администрирования, также как критика практики доказательной медицины не персонифицируется в отношении Сергей Николаевича Мосолова, который выражает сегодняшний международный мейнстрим. Наша критика не использует таких лексических выражений как “неграмотный” или “непрофессиональный”. Моя многолетняя практика выступления в судах показывает, что буквально в каждом судебном заседании на критические замечания в адрес экспертного заключения меня спрашивают: “Как Вы объясняете оспариваемые Вами суждения экспертов? Они что, некомпетентны, что ли?”. Но вместо интонации недоумения, за этим всегда слышна вызывающая интонация. А некоторые судьи даже возмущаются: “Да как вы можете оспаривать профессоров главного экспертного учреждения страны?!”. Слово судьям невдомек, что по общепринятым правилам главных в экспертизе нет. И что нужно напирать собственное соображение, а не дублировать преподносимое всегда безгрешными экспертами государственного центра. Обычно я отвечаю, что эксперты настолько перегружены работой, что дело здесь, видимо, в топкой небрежности.

Но ошибки бывают столь грубые, что они несовместимы с некомпетентностью, а представляют нечто противоположное ей — манипулятивное использование профессиональных знаний. И тогда это явное исполнение заказа, хотя в ряде случаев это может быть SOS — смотрите, до какой нелепицы нас доводят.

В нашей стране естественным образом сложилось так, что РОП занимается огромным многообразным массивом профессиональной проблематики, а мы тем, что трудноподъемно, не сулит быстрого успеха, не выглядит достаточно реалистичным, а главное, чревато столкновением с неудовольствием властей, не говоря уже о ее прямой критике, разумеется, на неполитическом поле. Взять хотя бы последнюю общероссийскую конференцию в Самаре: можно было порадоваться превосходной организации, и многолюдности, и уровню докладов, но при разнообразии тематики обходились полным молчанием многие раскаленные проблемы, в частности, разрушительная, но идущая под фанфары, реформа здравоохранения и психиатрической службы, связанная с урезанием ее финансирования на треть, тогда как для ее выживания требовалось удвоение финансирования. Исключением был только доклад проф. И. Я. Гуровича и выступление на заседании главных врачей проф. Ю. И. Полищука о пожарах в ПНИ и проф. К. К. Яхина о профессиональных вредностях. На Пятом Конгрессе по социальной психиатрии опять-таки докладчики приводили те же вопиющие факты, что и мы, но говорили о них смиренным образом, бесстрастно, словно власть равносильна погоде.

Поэтому роль, которую мы исполняем, и проблемы, которые мы поднимаем, крайне важны для подлинного процветания нашего предмета. В этом смысле необходимости двух психиатрических обществ в нашей стране.

Пожалуй, только наш журнал осветил не только столетие “Общей психопатологии” Карла Яспера и столетие нозологического направления в России, но и такие мрачные и чрезвычайно важные воспитующие вехи нашей истории как столетие дело Бейлиса, 80-летие Голодомора, 60-летие дела врачей. Мы отметили такие тревожные факты как попытку пересмотреть дело Бейлиса и вопреки опубликованным нами экспертизам Бехтерева и Сербского и возмущенным откликам психиатров Европы не просто оправдать Сикорского, но пропеть ему сущий гимн, который проф. Ю. А. Александровский перепечатал в своей трехтомной Истории российской психиатрии. Эти наши экскурсы воспитывают профессионалов как свободных граждан, а не верноподданных.

Многое еще осталось невысказанным¹. Но для этого у нас будет обсуждение.

Ю. С. Савенко

¹ Отчетные доклады Н. В. Спиридоновой о деятельности Общественной приемной, Ю. Н. Аргуновой о правовой деятельности Ассоциации, выступление А. Я. Перехова памяти проф. А. О. Бухановского и обсуждение актуальных вопросов деятельности Ассоциации будут опубликованы в следующем выпуске журнала.

Доказательная медицина в психиатрии: постоянный диалог феноменологической и индуктивной методологии

Проблемный доклад¹

Ю. С. Савенко

Одной из наиболее фундаментальных характеристик, определяющих развитие человеческого общества, является рост народонаселения и процесс омассовления, которые сказываются во всем – в характере и уровне культуры, образования и всевозможных узакониваемых стандартах.

То, что происходит сейчас с DSM-V и ICD-11 выражает эти глобальные процессы, которые способствуют — подчеркнем это — **при поверхностном подходе** не просто приоритету, а резкому перевесу и даже исключительной ориентации на статистический подход в ущерб индивидуальному, личностному, клиническому подходу. “Нам нужны не креативные специалисты, а грамотные потребители”, — таково убеждение властьпредержащих. Но это популистский лозунг, который искусственно в манипулятивных целях сталкивает неразрывно взаимосвязанные вещи.

Наш предмет — психиатрия — стоит сейчас на пороге опасности мощного отката более чем на столетие назад, сохраняя, может быть, большую надежность, но далеко уступая в добросовестности Крепелину.

Новые версии DSM и ICD, исходя из грубо одностороннего, так наз. **дименционального, количественного** подхода, предпочитая его **качественному, категориальному** подходу, а надежность — адекватности, исходя, судя по всему, из фельдшерского уровня пользователей (табл. 1).

Но **какой смысл вкладывается в эту центральную в настоящее время оппозицию?** При ближайшем рассмотрении мы обнаруживаем **обескураживающую разногласию**, связанную с множеством разных причин. Приведем только один, будто бы безобидный пример из антологии “На пути к созданию МКБ-11 и DSM-V”, составленной нашими украинскими коллегами профессорами А. О. Фильцем и А. А. Педаком и изданной во Львове в 2012 г. Здесь, в работе Нормана Сарториуса читаем: “В некоторых случаях качественный подход входит в категориальную классификацию. Так, в МКБ-10 присутствовали три категории депрессивных расстройств, различных по степени выраженности. Возможно, создатели следующего пересмотра МКБ и DSM выберут похожее решение объединить категориальный и качественный подходы в описании ряда заболеваний” (стр. 39). Но ведь “категориальный” и есть “качественный”! Чья

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	—	дименциональный
дихотомический	—	измеримый
жизненный мир	—	математический мир
повседневности	—	идеальностей
Личность	—	Истина

это ошибка? Сарториуса или переводчика? Я не сомневаюсь, что это ошибка переводчика (тем более, что очень плох перевод даже с украинского на русский), но сколько читателей будут введены в заблуждение? Каков размах путаницы! Многочисленные примеры разногласия в понимании этих центральных для самого существа классификации категорий — “категориальный” и “дименциональный” — заставили нас постараться прояснить их содержание и взаимоотношения.

В таких случаях следует обращаться к самым строгим классическим устоявшимся общенаучным определениям, т.е. прежде всего, математическим. **Для количественного описания** это понятия “меры” и “размерности”.

“**Размерность**” — это число измерений (димензий) любой фигуры, любого множества, любого пространства (метрического или топологического), любого конкретного объекта. Например:

¹ Расширенный текст выступления на съезде.

2-ух мерное для фигур на плоскости (длина и высота) или положения на сфере (как координаты на глобусе);

3-ех мерное для евклидова пространства (длина, высота и глубина);

4-ех мерное для пространства Г. Минковского (пространство и время).

“Мера” — это общее количественное понятие для любого отдельного измерения (длины, высоты, времени, etc.).

Примером *n*-мерного объекта является настроение, в котором выделяют более шести измерений: интенсивность, глубину, устойчивость, длительность, лабильность, однородность, полиморфность, etc. Но все они касаются любого настроения. Качественными характеристиками являются “качество переживания” (угроза, безрадостность, беспомощность, etc.) и содержательный контекст.

Размерность — очень важная характеристика, это числовой топологический инвариант, тем не менее, она не является внутренней характеристикой объекта измерения, а зависит от наблюдателя, от связи объекта с внешним миром, от наших целей и способов измерения. Выбор размерности зависит от конкретных задач измерения.

Для нас практически наиболее значимыми являются ответы, например, на такие вопросы как:

– с какого момента можно говорить о психотическом уровне тревожных депрессий при отсутствии продуктивной психопатологической симптоматики?

– или с какого момента можно говорить о клиническом уровне деменции?

Одних количественных показателей глубины, устойчивости, длительности и др. недостаточно для квалификации психотического уровня тревожной депрессии. Критерием является неспособность к возникновению каких-либо эмоциональных гештальтов, выделяющихся из общего, особым образом измененного фона настроения, а это происходит индивидуально, а не от арифметического сложения показателей по измерениям.

Что происходит, когда автор ограничивается измерительным подходом? Этот подход ярко обозначился в американской психиатрии с 2006 года. Происходит опрощение клинического подхода. Например, пропадает самое фундаментальное принципиальное разграничение “Клинической психопатологии” Курта Шнайдера “болезнь и патология”.

Казалось бы, сколько раз было доказано, что между этими клиническими категориями нет параллелизма, что это два самостоятельных измерения “здоровье — болезнь” и “норма — патология”, сколько сломано копий в критике Эрнста Кречмера, его континуумов типа шизотимия — шизондия — шизофрения. Но в 4-ом выпуске “Журнала им. П. Б. Ганнушкина” это преподносится нам вновь. В статье “Измерительный подход к диагностике заболеваний шизофрени-

ческого спектра” читаем: “Концепция расстройств шизофренического спектра предполагает существование континуума расстройств, на одном полюсе которого находятся аномалии личности шизоидного типа, на другом — манифестные формы шизофрении” (стр. 17). Статья оставляет недоумение: в чем же различие “измерительного” и “категориального” подходов с нашим традиционным подходом? Что здесь нового? Или только декларация о измерительном подходе?

Очень ко времени в первом выпуске журнала “Всемирная психиатрия” за 2013 год помещена работа Germann E. Berrios и Ivana S. Markova из Великобритании “Применима ли концепция “измерений” к психиатрическим объектам?”, которая представляет ликбез по эпистемологии психиатрии, безусловно давно необходимый, но далеко не полный. Так, не введено во всеобщий оборот общеметодологической психиатрической литературы разъясняемое здесь понятие размерности, которому по меньшей мере уже 70 лет, не обсуждено соотношение категорий “измерительный” и “категориальный”, что необходимо делать в связке.

Фундаментальное различие измерения (*measuring*) и ранжирования (*grading*), т.е. количественных метрических шкал и шкал порядка, широко известно нашим психологам и социологам, т.к. знаменитые руководства по экспериментальной психологии — английское Вудвортса, французское Фресса и Пиаже, американское Стивенса — были в 60-е годы переведены на русский язык. Именно Стивенс внес в психологическое шкалирование наибольший вклад. Однако в нашей психиатрической литературе, опирающейся на шкалы, знакомства с этими фундаментальными работами не ощущается. Между тем, относительно субъективных переживаний корректно говорить только о ранжировании, а не измерении. В тексте перевода упомянутой выше методологически важной работы сделана именно эта принципиальная ошибка: в перечне оценок субъективных впечатлений, доступных только ранжированию, читаем “ясный, объективный (*just*), регулярный, последовательный, благоприятный и т.д.”. Но ведь “объективный” здесь немыслимо. Видимо, не случайно редактором перевода этого текста был один из неопитов измерительного подхода. И ведь это не случайная ошибка, т.к. только здесь приводится в скобках английский оригинал этого прилагательного — *just*. Значит, задумался, но выбрал не то, а прямо противоположное адекватному, валидному и написал “объективный”, вместо “справедливый” как субъективной оценки. Самое печальное, что это староста наших молодых ученых, на встречи с которыми их куратор приглашает, видимо, мало феноменологически ориентированных психиатров. Следует предупредить, что такие ошибки подчас в ключевых положениях не такая уже редкость. Следует повторить за Berrios и Markova: “Вера в то, что

психические симптомы и расстройства можно измерить, приводит к ошибочному заключению, согласно которому психиатрические объекты являются естественными предметами. Этот вывод так же приводил (и приводит) к **дорогостоящим и непродуктивным эмпирическим исследованиям**, которые препятствуют развитию более полезных подходов к психиатрии в целом и ее объектам, в частности. Мы утверждаем, что на современном уровне знаний психиатрические шкалы представляют собой не более чем, ранговые отметки, и что “димензии”, которые они должны “измерять”, — не более, чем признаки, расположенные вдоль достаточно произвольно выбранных осей... В настоящее время мы можем только ранжировать (оценивать) субъективные жалобы...” (стр. 74).

Представленный нами **список фундаментальных оппозиций** не является полным. Его необходимо дополнить оппозицией, которую выделил и наиболее полно обосновал Э. Гуссерль в своей последней монографии. Это оппозиция **“науки” и “жизненного мира”**, — понятия, которое послужило, начиная с 1932 г., основой одному из наиболее авторитетных направлений современной социологии — феноменологической социологии Альфреда Шюца, поддержанного Гуссерлем. В рамках этого направления была разработана целая система качественных методов исследования. Само название этой выдающейся работы Гуссерля, которая на русском языке издана в 2013 году, — “Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология” — говорит о масштабности оппозиции, которая со всей остротой воскресла в наше время.

Естественные науки, математика, физика и естествознание, начиная с Галилея, пишет Гуссерль, незаметно для себя **совершили «подмену»** единственно действительного, действительно данного в восприятии, познанного и познаваемого в опыте мира — **нашего повседневного жизненного мира — математическим миром идеальностей**. Эта подмена была в дальнейшем унаследована физиками всех последующих поколений. **Был унаследован способ мышления, доказательства, использованных “наглядных конструкций”, но в этой наглядности утерян смысл непосредственного созерцания**, его первоистоков в практическом землемерном искусстве”. Аналогичным образом очень долгое время оставался непонятым и оторгнутым **гетевский путь в науке**, пока в самой математике и логике не возникли новые разделы и направления, сделавшие возможным математическое описание прежде ему недоступных объектов. **На почве математического созерцания возник и феноменологический метод**. Внедрение его в психиатрию и психологию привело к значительному прорыву в понимании психических расстройств, но с приходом к власти нацистов в Германии феноменологическому направлению в психиатрии был нанесен

грандиозный урон, а в Советском Союзе еще раньше. В результате, тем полнее и быстрее шел **процесс выхолащивания смысла математического естествознания в “технизации”**, тогда как **смысловым фундаментом естествознания является жизненный мир**, но он подменяется так называемыми объективно-научными истинами математического естествознания, когда за истинное бытие принимается то, что является методом, операциями с формулами и их практическим применением в технике». Игнорирование, оттеснение жизненного мира — это дегуманизация науки.

На основе тщательного анализа Гуссерль показывает, что **существо кризиса европейских наук состоит в скептицизме и релятивизме мировоззрения ученых**, что релятивизм в форме психологизма проник даже в логику.

Для здравого понимания любой проблемы необходимы всегда обе позиции.

Естественно-человеческая, изнутри человеческого мира, исходящая из соразмерного человеку, и применительно к нему, из блага его и всех людей — антропологический подход.

И отчужденная от всего человеческого, сторонняя, над-мирная, сугубо объективная, незаинтересованная позиция академической фундаментальной науки — научный подход.

И если для одной высшей ценностью является **Истина**, идеальный мир математических форм и отношений, то для второй — это **Жизнь, Человек, Личность**.

Хотя медицина является антропологической дисциплиной, чем в большей мере о ней можно сказать “научная”, тем ближе она сдвигается к середине напряженного поля между этими полюсами различных ценностных ориентаций и полем всевозможных типовых, нередко трудно разрешимых конфликтных коллизий. Эта оппозиция проходит через все проблемы, вплоть до мировоззренческих философских оснований, противопоставляющих или сочетающих в себе.

Философия жизни (Ницше, Дильтей, Клагес, Бергсон, Зиммель)	Позитивизм и неопозитивизм (Конт, Спенсер, Шлик, Карнап, Гемпель)
Экзистенциализм (Ясперс, Хайдеггер, Сартр)	Аналитическая философия (Фреге, Рассел, Куайн)
Философская антропология (Шелер, Гелен, Плесснер, Х. Липпе, Ротхакер)	Лингвистическая философия (Мур, Витгенштейн, Уиздом, Остин)
Феноменология Эдмунда Гуссерля	
Критическая онтология Николая Гартмана	
Критический реализм Карла Поппера (Имре Лакатос, Стивен Тулмин, Ханс Альберт)	

Понятие качественной методологии охватывает более полусотни различных пониманий. Наш отечественный социолог Илья Штейнберг на превосходном и остро критическом уровне излагает эту проблему в адекватном нашим клиническим задачам

духе. Он выделяет шесть значений понятия “качественный”, которых, по его мнению, “лучше избегать”.

- 1) Определение по остаточному принципу;
- 2) Опора на качественный характер самой научной дисциплины;
- 3) Не сводится ни к первоначальной стадии исследования;
- 4) Ни к реакции на сложность объекта исследования;
- 5) Не является выражением определенной политической идеологии;
- 6) Не должно носить субъективный, вкусовой, оценочный характер.

Главной особенностью качественного исследования является не его технология (включая математическую), а сфокусированность на смыслах выбора стратегии и действий. Это тип исследования, в котором наблюдаемые формы поведения соотносятся с поведенческой логикой (стратегиями) объекта изучения, включая смыслы и значения, придаваемые им этим действием.

Такой подход позволяет не только адекватно представить внутренний мир душевнобольного, но и те возможности, которые содержит психотерапия, а именно: способность кувыркнуть (что легче) или изменить смысл ситуации чужих и собственных поступков.

Йозеф Парнас из психиатрического центра Копенгагенского университета в концептуально важной работе “Дело Брейвика и **“condition psychiatric”** (что означает стандарт качества психиатрии), работе, которая соотносится с нашим представлением, пишет, что — я сейчас процитирую, так как перевод этой работы в “Независимом психиатрическом журнале”, сделанный доктором В. В. Мотовым, независимо от русской версии журнала “Всемирная психиатрия”, не просто точнее (обратите внимание: “точнее” — это количественная характеристика), а только он адекватен (а это качественная характеристика, не имеющая количественной меры) существу излагаемого содержания (в данном случае: что значит “операциональный”).

“Более 30 лет назад психиатрия, пытаясь соответствовать соматической медицине в ее стремлении основываться на научных данных, претерпела “операциональную революцию”, вводя диагнозы, основывающиеся на критериях и **“операциональные определения”** таких критериев. Дело Брейвика довольно впечатляюще демонстрирует, что упомянутые критерии по сути не являются “операциональными” в первоначальном смысле этого слова, как **точно определяющие правила действий** и служащие для связи психиатрических концепций с их прототипами, существующими в реальности...”

В другом переводе вместо **“точно определяющие правила действий”** несколько раз повторяется “уточняющие действующие правила”. А это нечто совсем другое, и читатель будет сбит с толка.

Читаем дальше: “Смерть” психопатологии (напомню, что это выражение — парафраз знаменитой статьи Нэнси Андреасен 2007 года “DSM и смерть феноменологии в Америке: пример unintended consequences”) создала интеллектуальный участок гипозоженности...”. Вы знаете, что это такое? А вот перевод д-ра Мотова: **“Следствием “смерти” психопатологии стало интеллектуальное измельчение:** любое мнение приветствуется, как глас, а priori достойный внимания, равный и законный, и профессиональные границы психиатрии размываются...” и далее: “Как показывает дело Брейвика, психиатрия будет и далее в решающей степени зависеть от понимания в сфере феноменов...”

Автор этой превосходной работы, совпадающей с нашим credo, сумел уместить ее на одной странице и завершить актуальным для всех нас образом: “психиатрия была, есть и будет оставаться объектом интенсивного общественного внимания и внеучного давления. Лишь строгие психопатологические стандарты могут дать ей возможность выполнять свои клинические обязательства, противостоять внешним давлениям или умерять их”.

В первом выпуске “Дневника психиатра” за 2013 г. была помещена ценная информация относительно DSM-V и МКБ-11 по материалам Конгресса ВПА в Праге в октябре 2012 года. Однако, автор этого обзора явно постоянно путает фундаментальные понятия “категориальный” и “димензиональный”. С одной стороны, он пишет, что оба эти подхода легко совместить, так как “любой категориальный диагноз легко можно превратить в димензиональный и наоборот”, затем он выражает удовлетворение по поводу введения “принципиально нового, димензионального подхода к диагностике психотических расстройств”, согласно которому в DSM-V выделено 8 димензий, тогда как в МКБ-11 — “6 димензий, которые должны описать все многообразие клинической картины пациентов”: это

- позитивные и негативные симптомы;
- депрессивные и маниакальные;
- психомоторные (кататонические) и когнитивные симптомы.

А далее, что “отказ от подтипов шизофрении и введение отдельных групп симптомов (димензий) должно сделать диагностику такого гетерогенного заболевания как шизофрения, более индивидуализированной”.

Но использование категорий (т.е. типов) в качестве димензий является упрощением, а не большей индивидуализацией, т.к. пресекает дальнейшую качественную дифференциацию на подтипы, только после которой правомерно говорить о мере по различным димензиям. Хорошо видно, что в таком подходе нет ничего нового, клиницисты всегда оперировали элементарным трехбалльным ранжированием: слабый, выраженный, грубый. Введение нуля (т.е., отсутствие признака) является качественной, дихотомической,

категориальной характеристикой: есть или нет, а димензиями являются мера его выраженности, длительности и частоты проявлений. Предпочтительна действительно четырехбальная градация количественной оценки (слабый, выраженный, тяжелый, очень тяжелый), всегда четная, чтобы воспрепятствовать облегченному выбору середины. Во всем возобладал совершенно неуместный в науке квазидемократический подход голосованием.

Итак, один из наиболее активных сторонников димензионального подхода староста наших молодых ученых постоянно путает в своих текстах димензиональный и категориальный подходы, другой — ведущий сайт РОП — точно дефинирует эти понятия, но дальше манипулирует ими, нарушая правила логики. Инкрустируя свои тексты положениями Андреасен и других авторов, которые разделяем и мы, и соглашаясь с ними, он атакует клинический метод в самых сильных выражениях.

Но спрашивается, какой клинический метод он имеет в виду? В модусе должного или в модусе рутинного использования недостаточно обученными врачами? А здесь большая количественная шкала. Ведь речь о том, что нас поражают заявления об исчерпанности клинического метода, тогда как это такая же бесконечность дальнейшего развития, как любой другой. Эта близорукость высокомерия или неофитство снижают уровень и продуктивность спора, хотя на деле и спора не должно было бы быть такого рода, так как мы занимаем не полярную позицию, а говорим о способах сочетаний этих подходов, утверждая, что за-

явленное отношение к клиническому методу, а точнее, к уровню его использования — мол, это мы все умеем — на самом деле, грандиозная червоточина в сердцевине.

Хотим предостеречь вас от нередких ошибок переводчиков, которые всегда надо иметь в виду и в смутных местах текстов обращаться к первоисточнику.

“Основанием утраты критериями Курта Шнайдера ведущей роли для диагностики шизофрении” и “удаления в МКБ-11 подтипов шизофрении (и замена их димензиями) называются результаты многолетних исследований кластерным анализом”, т.е. намного более общего и примитивного подхода чем синдромальный. Неспецифичность симптомов первого ранга давно известна и давно понимается как “относительно специфичные”, “преимущественные”, не говоря уже об использовании в этих исследованиях шкал, анкет и опросников вместо феноменологического метода. Так стремление к чрезмерной точности, как об этом предупреждал Ясперс и подтвердило развитие математики, является тупиковым.

Современную философию науки характеризует отказ от чрезмерно жестких принципов, в частности, строгого операционализма, который уже не рассматривается как стандарт подлинно научного исследования. “Важно осознать методологию науки как дескриптивное, а не нормативное знание” (А. П. Огурцов “Философия науки: двадцатый век” в 3 томах, — СПб., 2011). Тем самым Наука делает значительный шаг в сторону Жизни, которая тогда с тем большим доверием использует достижения Науки.

22-ой Конгресс Европейской психиатрической ассоциации

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

1 – 4 марта 2014 г., Мюнхен, Германия

www.epa-congress.org

Роль мозговой межполушарной асимметрии в происхождении психопатологической симптоматики

В. В. Калинин¹

В обзорной статье рассмотрены взаимоотношения между психопатологической симптоматикой и межполушарной мозговой асимметрией при различных нейропсихиатрических расстройствах и синдромах. В данном контексте межполушарная асимметрия выступает как, своего рода, необходимое условие для возникновения психопатологической симптоматики. Подчеркивается, что в основе одного психопатологического синдрома могут лежать нарушения в различных полушариях, но наряду с этим необходимо принять в расчет и некоторые характеристики преморбидной структуры личности, взаимодействующие с различными нейробиологическими параметрами. Иными словами, комплементарность и взаимодействие личностных характеристик и факторов межполушарной асимметрии является основой для возникновения психопатологической симптоматики.

Ключевые слова: межполушарная асимметрия мозга, структурно-функциональная организация мозга, психопатологическая симптоматика, преморбидная структура личности.

Вопрос о сведении разнообразной психопатологической симптоматики к определенным участкам головного мозга в мировой и отечественной психиатрии насчитывает много десятилетий. Это становится очевидным при знакомстве с работами А. С. Шмарьяна (1940, 1949), Н. П. Брагиной и Т. А. Доброхотовой (1976, 1988). Наиболее ярко данная парадигма нашла свое выражение в проблеме межполушарной асимметрии, насчитывающей не более 170 лет (Дах М., 1836; Broca P., 1861; Harrington A., 1985). В свою очередь, данная проблема давно вышла за рамки чисто клинических и биологических дисциплин, и в настоящее время представляет собой пример универсальной концептуальной модели, взятой на вооружение не только представителями медико-биологических дисциплин, но и исследователями, работающими в других областях знаний. Так, большой интерес к данной проблеме проявляют антропологи, филологи, лингвисты, социологи и даже искусствоведы. Это лиш-

ний раз подчеркивает универсальность проблемы межполушарных отношений.

Вместе с тем, нельзя не признать, что концепция мозговой асимметрии до настоящего времени имеет преимущественно большее теоретическое и меньшее практическое значение. Большинство клиницистов, как неврологов, так и психиатров, безоговорочно признавая значение латерализации мозговых функций, как правило, не предпринимают попыток связать патогенез той или иной психопатологической симптоматики с фактором асимметрии. Это, особенно, характерно для раздела психиатрии, изучающего эндогенные психозы. В этой области в течение последних 150 лет был разработан свой понятийный и методологический аппарат, получивший название общей психопатологии. Отличительной особенностью данного подхода является его предельная самодостаточность. Это позволяет врачам-психиатрам проводить распознавание и диагностику психических заболеваний, основываясь на данных преимущественно психопатологического статуса, и лишь в редких случаях прибегая к данным из других областей медицины.

Не останавливаясь на ограниченности такого подхода, следует подчеркнуть, что для него существовали и существуют объективные предпосылки, которые, в конечном счете, и привели к определенному обособлению психиатрии от других медицинских дисциплин. Главная из них, на наш взгляд, заключается в отрыве клинических феноменологических проявлений психических расстройств от материального мозгового субстрата, поскольку разнообразные психопатологические проявления не всегда правомерно непосредственно сводить к мозговому патологическому субстрату, т.к. речь идет о двух разных уровнях организации и обеспечения высшей нервной и психической деятельности.

Проблема межполушарной асимметрии находит свое выражение в клинике психических расстройств как за счет непосредственного, так и косвенного влияния. При этом под непосредственным влиянием проблемы асимметрии следует понимать возможность функционального воздействия того или иного полушария головного мозга либо конкретной структуры в пределах одного полушария на протекание психиче-

¹ Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ.

ских процессов. С другой стороны, под косвенным влиянием надо понимать участие различных этнических и культуральных факторов во внешнем оформлении психических расстройств у представителей различных культур. При этом мы исходим из предположения, разделяемого различными культурологами, что у представителей западной и восточной культур функциональная активность левого и правого полушария различна (Springer, Deutsch, 1981; Harrington, 1985).

В свое время Bogen J. (1969) была предложена модель межполушарного и интраполушарного влияния на протекание различных психических процессов. Согласно этой модели, весь головной мозг любого индивида может быть представлен в виде 4 квадрантов. При этом левое полушарие обеспечивает противопоставление “Я” индивида окружающему его миру, т.е. обеспечивает процессы персонификации и аутоидентификации. Иными словами, прибегая к определению, позаимствованному у Conrad (1967), можно сказать, что высокий уровень функциональной активности левой гемисферы обеспечивает так называемый “птоломеевский” взгляд на мир, под которым понимается осознание себя, своего психического “Я” в центре окружающего мира. Более того, при чрезмерно высоком уровне функциональной активности доминантного полушария предположительно возникает бредовая симптоматика.

С другой стороны, правое полушарие, согласно модели Bogen (1984), обеспечивает представительство мира в самом себе, внутри своего “Я”. Это обеспечивает психические процессы, противоположные процессам, связанным с функцией доминантного полушария. При этом чрезмерная активность недоминантного (правого) полушария а priori должна способствовать так называемому “коперниковскому” повороту, при котором снижено осознание своей психической индивидуальности и, напротив, имеется ощущение себя частью коллективного сознания. При доминировании правого полушария, образно говоря, стирается граница между собственным психическим “Я” и “Я” других индивидов. При этом “Я” индивида, как указывает Conrad (1957, 1967), растворяется в макрокосме. Иначе говоря, чрезмерная активация правой гемисферы является *conditio sine qua non* (необходимым условием) для наступления помрачения сознания. Наряду с этим можно считать, что состояние чрезмерной активности правого полушария является той основой, которая обеспечивает сохранение в памяти всего человечества определенных мифологем. Иными словами, правое полушарие отвечает за так называемое “коллективное бессознательное” по Юнгу. Под ним антропологи понимают универсальные мифические представления (мифологемы), характерные для большинства народов мира. Чрезмерная активация правой гемисферы в психопатологическом контексте должна приводить к явлениям деперсонализа-

ции, отчуждения и нарушения аутоидентификации, то есть, в конечном счете, к помрачению сознания. Наряду с этим в подобных случаях правомерно ожидать появления разнообразной соматоформной (сенестопатической, сенестопатической и вообще протопатической) симптоматики, которую можно рассматривать с точки зрения противоположности психическим процессам, направленным на обособление своего соматического “Я”.

Таким образом, можно считать, что левое и правое полушарие головного мозга играют диаметрально противоположную роль не только в организации психических процессов у здоровых лиц, но и у больных с различной психической патологией. При этом если чрезмерная активность доминантного полушария обеспечивает так называемый “птоломеевский” поворот и тем самым предопределяет не только чрезмерное осознание своего психического “Я” в мире, но и развитие первичных бредовых расстройств, возникающих при ясном сознании, то, напротив, чрезмерная активность правого полушария приводит к различным феноменам, связанным с помрачением сознания, т.е. к “коперниковскому” взгляду на мир в понимании Conrad (1967). Интересно, что противопоставлению процессов мышления и сознания в психиатрии уделялось всегда много внимания безотносительно концепции межполушарной асимметрии головного мозга (Conrad, 1957, 1967; М. И. Рыбальский, 1992, 1993). Исходя из этого, можно считать, что психиатры в какой-то мере сумели предугадать значение проблемы асимметрии мозговых функций для клиники психических расстройств.

В свою очередь, фронтальные отделы коры больших полушарий, согласно Bogen J. (1969), обеспечивают психическую активность вообще и целенаправленную деятельность в частности, включающую планирование и прогнозирование задач, способы их решения и предотвращение ошибок при выполнении их решения, что получило название исполнительских функций. Напротив, затылочные отделы могут рассматриваться в качестве пассивного наблюдателя, лишь созерцающего и анализирующего окружающий мир.

Возникает вопрос, в какой мере рассмотренная модель межполушарного и внутримушарного взаимодействия согласуется с большинством известных в психиатрии психопатологических феноменов? Более того, насколько возможно предсказание возникновения той или иной психопатологической симптоматики, исходя из представлений о функциональном взаимодействии полушарий головного мозга?

Полноценного ответа на поставленные вопросы пока дать не представляется возможным в силу отмеченных выше причин о разных уровнях психопатологических и нейропсихологических феноменов и механизмах. Тем не менее, опыт, полученный в клинике экзогенно-органических поражений головного мозга, в определенной мере дает на эти вопросы ответы.

Более интригующим, но и менее ясным является вопрос о клинико-нейропсихологических корреляциях у больших эндогенными психозами, где отсутствуют однозначные указания на топику поражения головного мозга.

Ниже предпринята попытка на основе литературных и собственных данных, связать некоторые психопатологические феномены с определенными участками головного мозга. При этом следует иметь в виду, что для большинства психопатологических феноменов характерно сложное взаимодействие обоих полушарий головного мозга. Значительно реже можно выделить синдромы, для которых характерно изолированное участие той или иной гемисферы, хотя подобная модель является более простой для объяснения.

Данные, полученные в клинике **экзогенно-органических** расстройств, особенно при эпилепсии и опухолях головного мозга, являются основными фактами, используемыми в построении модели межполушарного взаимодействия, применительно к той или иной психопатологической симптоматике (Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1976; Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова, 1981, 1988). При этом принято выделять 3 относительно самостоятельные группы симптоматики: психические расстройства, связанные с поражением преимущественно правого полушария у праворуких индивидов, психические расстройства, связанные с преимущественным поражением левого полушария у праворуких индивидов и психические расстройства, возникающие у леворуких субъектов и амбидекстров (Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1977).

Психические расстройства, возникающие при преимущественном поражении правого полушария.

Правое полушарие играет основную роль в функциях зрительно-пространственной ориентировки, внимания и разнообразных эмоций (Heilman K. et al., 1986). Функциональная роль правой гемисферы была понята значительно позднее, чем функциональное значение левого полушария. При этом вначале внимание исследователей обращалось на нейропсихологические дефекты, возникающие при повреждении этого полушария. Так, уже в 50-е годы была описана зрительно-пространственная агнозия, под которой понималось игнорирование больными левой половины поля зрения, а также отсутствие способности реагировать ориентировочным рефлексом на новые стимулы, помещенные в левой половине пространства по отношению к больному (Mc Fie J. et al, 1950). Подобное игнорирование стимулов и раздражителей с левой стороны пространства объяснялось нарушениями селективного внимания. Под последним понимается способность мозгом выделять релевантные сенсорные стимулы из фона для последующего их анализа. Принципиальное значение имеет тот факт, что игнорирование левой половины пространства, вызванное повреждением правого полушария, выражено значительно чаще и сильнее, чем игнорирование правого

пространства при повреждении левого полушария (Albert M., 1973; Gainotti G. et al., 1972). Объяснение этим закономерностям пока еще не получено. Возможно, что правое полушарие имеет значительно больше функциональных связей с каждым из полей зрения, тогда как левое полушарие — преимущественно с правым полем зрения. Поэтому при поражении левого полушария интактное правое полушарие обслуживает как левую, так и правую половину пространства. Тогда как при поражении правого полушария выпадает левая половина пространства и остается функциональной лишь правая за счет сохранной деятельности левого полушария (Heilman K., 1986). Все сказанное рождает большое количество вопросов, оставляя их без ответов. Так, во-первых, не ясно нарушается ли переработка информации, полученной только со стороны, противоположной пораженному правому полушарию, или дефект затрагивает и информацию, входящую и с ипсилатеральной стороны? Во-вторых, можно ли свести нарушение внимания и нарушенного осознания событий при правополушарной патологии к определенным структурам мозга? (Mattingley J., 1999). В-третьих, в какой мере нарушение функции внимания у этих больных обусловлено именно явлениями игнорирования левой половины поля зрения? В-четвертых, имеет ли значение данная нейропсихологическая несостоятельность в виде нарушения внимания для возникновения психопатологической симптоматики?

К настоящему времени твердо установлено, что правое полушарие играет основную роль в идентификации лиц, как и в ряде других пространственных задач (Etcoff, 1984; Sergent, 1988; Puce, et al., 1995; Phillips, David, 2000). Так, при предъявлении с помощью тахистоскопа зрительной информации в разные полуполя зрения установлено, что левое полуполе отличается превосходством над правым при узнавании лиц (Hilliard, 1978). Более того, время реакции при узнавании лиц в левом полуполе зрения было короче, чем в правом (Cutting J., 1990). Важно, что относительная частота ошибочной идентификации лиц выше при изолированном поражении правого полушария по сравнению с левым, и имеются указания на дисфункцию правого полушария при синдроме Капгра (Hayman & Abrams, 1977; Nillson & Perris, 1971). Это априорно имеет значение при объяснении механизмов возникновения бредовых синдромов ложного узнавания безотносительно диагностических категорий, при которых они возникают, а также прозопагнозии (В. В. Калинин, 2001).

Под прозопагнозией понимают неспособность больных распознавать прежде знакомые им лица (Bodamer, 1947). Данное расстройство возникает после органического поражения затылочно-височной области чаще справа (Meadows, 1974; В. В. Калинин, 2001).

Психические расстройства, возникающие при поражении правого полушария, включают довольно широкий круг психопатологических проявлений. Они простираются от простых аффективных феноменов до явлений дереализации и деперсонализации, онейроидного синдрома и переживаний экмнезии (Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1976), а также кататонических синдромов и бредовых переживаний постороннего контроля (Spence, et al., 1997; Phillips, David, 2000).

Аффективная симптоматика, возникающая при избирательном поражении правой гемисферы, включает такие явления, как тоска, страх и ужас, т.е. аффекты исключительно отрицательной модальности (В. Я. Смирнов, 1975, Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1977). С другой стороны, как подчеркивают Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина (1977), для правополушарных аффективных феноменов характерно большое участие и деперсонализационно-дереализационной симптоматики, что позволяет говорить о сложных аффективно-дереализационных синдромах.

Данные, полученные в результате собственных исследований на материале больных с парциальной височной эпилепсией, в целом, подтверждают правило о развитии аффектов отрицательной модальности при правосторонней локализации фокуса эпилептической активности (Kalinin & Polyanskiy, 2009; Kalinin, et al., 2010). Так в первой из этих работ (Kalinin & Polyanskiy, 2009) изучалась частота развития коморбидной психопатологической симптоматики в зависимости от стороны фокуса у больных височной эпилепсией. При этом оказалось, что вероятность развития депрессивного расстройства выше при правостороннем фокусе, тогда как вероятность развития тревожного расстройства, напротив, была выше в три раза при левосторонней локализации фокуса.

В последующей работе (Kalinin, et al., 2010) были уточнены закономерности возникновения сопутствующей аффективной симптоматики не только в зависимости от стороны расположения фокуса, но и руки, и наличия такой личностной характеристики, как алекситимия. Принципиально, что тяжесть аффективной психопатологической симптоматики не зависела от стороны фокуса. Напротив, при сравнении моторной асимметрии больных оказалось, что у праворуких больных эпилепсией выраженность депрессии и симптоматики соматизации была выше у индивидов-правшей. С другой стороны, сопоставление больных-алекситимиков и больных без алекситимии показало, что выраженность депрессии, тревоги, obsessions, фобической симптоматики, соматизации, агрессивности, межличностной чувствительности и параноидных включений была выше у больных с алекситимией. Это говорит о том, что алекситимия, являясь стабильной преморбидной личностной характеристикой, предопределяет развитие всего многообразия перечисленных психопатологических при-

знаков, имеющих отрицательную модальность. При алекситимии как бы перекрывает влияние стороны фокуса и моторной асимметрии на развитие коморбидной психиатрической симптоматики. Это подчеркивает актуальность изучения механизмов алекситимии для лучшего понимания закономерностей развития сопутствующей психопатологии у больных эпилепсией.

Галлюцинаторные феномены, возникающие при избирательном поражении правого полушария, преимущественно включают обонятельные, слуховые (невербальные), вкусовые, зрительные и тактильные галлюцинации. По данным В. Я. Смирнова (1975) и Т. А. Доброхотовой и Н. Н. Брагиной (1976) наиболее часто при эпилепсии и опухолях правого полушария наблюдаются обонятельные и слуховые галлюцинации. Среди последних превалируют акоазмы, т.е. бессодержательные отдельные звуки в виде шелеста, звона, шума, либо даже музыки (М. И. Рыбальский, 1992). В исследовании Berrios (1990) подчеркивается, что музыкальные галлюцинации в большинстве случаев возникают у лиц женского пола (80 %) в пожилом возрасте и после развития тугоухости. Указывается, что данные психопатологические феномены появляются преимущественно после правостороннего поражения головного мозга. Так, из 14 случаев музыкальных галлюцинаций, при которых были четкие указания на сторону поражения, в 11 случаях (79 %) имелось правостороннее поражение мозга. При исследовании данного контингента больных с помощью методики позитронно-эмиссионной томографии удалось установить положительную корреляцию между интенсивностью музыкальных галлюцинаций и объемом кровотока через правую височную долю мозга (Griffiths, et al., 1997; Phillips, David, 2000). Это лишним раз подчеркивает значение активации правой височной доли в генезе музыкальных галлюцинаций.

Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина (1977) указывают, что для правополушарных слуховых музыкальных обманов характерна особая ритмичность звучания, т.е. чередование звуковых отдельных элементов через примерно правильные интервалы времени, монотонность такого чередования.

Вербальные галлюцинации при правополушарной патологии, как правило, не встречаются.

Состояния дереализации и деперсонализации занимают, пожалуй, одно из центральных мест во всем многообразии психопатологических феноменов, возникающих при избирательном поражении правого полушария. Встречаются эти феномены как изолированно, так и входят в структуру более сложных психопатологических феноменов как в клинике экзогенно-органических, так и эндогенных психозов. В этом контексте следует указать на явления *deja vu* и *jamais vu*, которые, по существу, являются пароксизмальными феноменами дереализации, а также на явления репликационной парамнезии (Pick, 1928). Следует

подчеркнуть, что явлениям деперсонализации-дереализации, или транзитивизму, многие авторы придавали едва ли не основное значение в механизме развития бредовых синдромов ложного узнавания (БСЛУ) (В. В. Калинин, 2001). Данная симптоматика для объяснения происхождения БСЛУ привлекалась практически сразу с момента первых описаний последних с начала двадцатого века. Так, Halberstadt (1923) в этом контексте говорил о транзитивизме; Courbon & Tusque (1932) и Coleman (1933) о потере сенестезии (сенестезия — это чувство жизнедеятельности организма). Аналогично этому, Capgras & Reboul-Lachaux (1923) для обозначения подобных состояний применяли термин “sentiment d’étrangeté” (чувство странности), а Jaspers — “Wahnstimmung” (бредовое настроение) (1965).

В свете того, что правое полушарие играет едва ли не основную роль в идентификации лиц, о чем говорилось выше, можно заключить, что его преимущественное поражение также имеет значение для возникновения бредовых синдромов ложного узнавания, хотя переоценивать возможность этой парадигмы не следует. Так, имеются свидетельства того, что наибольшие трудности в узнавании лиц возникают при одновременном поражении правого полушария и дефекте зрительного поля (Heilman & Valenstein, 1979). Более того, упомянутые выше исследования по идентификации лиц в эксперименте скорее моделируют состояния прозопагнозии, чем БСЛУ. При последних, в частности, при синдроме Капгра, больные признают факт сходства внешности у объекта их переживаний и реальных знакомых. Более того, между прозопагнозией и синдромом Капгра существуют как бы диаметрально противоположные отношения, что позволяет провести дифференциальную диагностику между этими состояниями. Тем не менее, факт участия правого полушария в генезе деперсонализационно-дереализационных состояний сейчас ни у кого не вызывает сомнений.

Состояния экмнезии, или иллюзии чувства двойного существования (М. И. Рыбальский, 1992) другими авторами, в частности Т. А. Доброхотовой и Н. Н. Брагиной (1977) описывались под названием “вспышек пережитого в прошлом”. Фактически речь идет об интересных переживаниях, связанных со своим существованием, которое в представлении больного сдвинуто на несколько лет назад в прошлое. Развитие подобных состояний также связывается с раздражением височно-теменных отделов мозга справа.

В феноменологическом отношении к данным переживания примыкают состояния с “двухколейностью переживаний”, как их называют Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина (1977). При этих состояниях больные как бы одновременно находятся в двух различных измерениях (мирах). Один из них — это реальный мир, другой — нереальный мир, в котором со-

хранились события прошлого, имевшие место ранее в жизни больного. Данные феномены, описанные авторами на материале больных с височной эпилепсией, позволяют поставить более глобальный вопрос о двойной ориентировке, которая наблюдается не только при пароксизмах височной эпилепсии, но и при острых состояниях в рамках приступообразной шизофрении. Понятно, что в структуру столь сложных синдромов входит более простая в структурном отношении симптоматика дереализации, рассмотренная выше.

Наконец, необходимо остановиться и на онейроидном, онирическом и делириозном синдромах, которые правомерно также связать с преимущественным поражением правого полушария, хотя эта точка зрения разделяется далеко не всеми исследователями. Так, Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина (1977) однозначно связывают развитие онейроидного синдрома с преимущественным поражением правого полушария головного мозга. При этом они приводят красочное описание острейшего психоза, возникшего у одного больного в постоперационном периоде. Перед этим у больного была проведена операция по поводу удаления кистозной опухоли гипофиза. Структура психоза характеризовалась при этом фантастически-образным и грезоподобным бредом гибели окружающего мира, что в немецкой психиатрической литературе получило название *Unterwelterlebnis*. Вместе с тем, психоз, описание которого приводят авторы, характеризовался не столько зачарованностью и отрешенностью, сколько выраженным психомоторным возбуждением, что несколько противоречит картине классического онейроида. В этом плане можно думать о делириозных включениях. Более того, из приведенного описания не совсем ясно, отмечалось ли у больного нарушение аутоидентификации, что является одной из основных характеристик онейроида (А. В. Снежневский, 1970). Тем не менее, другие яркие психотические явления в виде образных бредовых переживаний катастрофы вселенского масштаба, граничащие с апокалиптическими переживаниями, заставляют все же остановиться на квалификации данного психоза как онейроидного. Здесь подтверждается приведенный выше тезис о том, что чрезмерная активация правого полушария приводит к “размыванию” границ психического “Я” и появлению фантастического грезоподобного бреда, что фактически является “коперниковским” поворотом в представлении Conrad (1967).

Кататоническая симптоматика также возникает при преимущественном повышении активности правого полушария. В пользу этого говорит тот факт, что она часто сочетается с онейроидными переживаниями. Последние, как указывалось выше, являются типично правополушарными феноменами. Следует иметь также в виду, что вся кататоническая симптоматика сопровождается явлениями выпадения рече-

вой коммуникации. С учетом того, что за функцию речи отвечает левое полушарие, кататоническая симптоматика может возникать при снижении активности доминантной левой гемисферы и при преобладании тонуса правого полушария.

Психические расстройства, возникающие при преимущественном поражении левого полушария.

Левому полушарию принадлежит основная роль в аналитической и вербальной деятельности. Полагают, что так называемый феномен “западного мышления”, под которым понимается противопоставление индивидуальности обществу, и выделению своего “Я” из окружающего мира, также связан с преимущественной деятельностью левого полушария (Harrington & Oepen 1989). С нашей точки зрения, этому соответствует “птоломеевский поворот”, о котором говорилось выше. Из этого вытекают специфические проявления левополушарной патологии, суть которых сводится к участию в структуре психопатологических переживаний вербальных феноменов, а также бредовой симптоматики. Однако, следует иметь в виду и возможность развития аффективной симптоматики при патологии левого полушария.

Из аффективных расстройств, возникающих при избирательном поражении левой гемисферы, прежде всего, следует назвать тревогу. Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина (1977) подчеркивают, что тревожный аффект при этом, как правило, сочетается с расстройствами речи, мышления, памяти. Эта закономерность была подтверждена и в одном из наших исследований на материале больших височной эпилепсией (Kalinin & Polyanskiy, 2009).

Завершая рассмотрение данных о связях правополушарных фокусов с депрессивным аффектом, а левополушарных с — тревожным, следует подчеркнуть, что абсолютизировать закономерности этих связей будет не совсем правомерно. Так, в одной из наших работ было установлено значение не только нейробиологических, но и личностных преморбидных характеристик больных эпилепсией, которые взаимодействуют между собой и тем самым определяют появление либо депрессивной, либо тревожной симптоматики (Kalinin, et al., 2012). При этом невротизм и эзотерические тенденции являлись фактором риска развития, как депрессии, так и тревоги у больных-правшей с левосторонней локализацией эпилептического фокуса. Конструкты экстраверсии и переносимости фрустрации коррелировали оба отрицательно с депрессивной симптоматикой у больных с правосторонним, но не левосторонним фокусом независимо от моторной латерализации, тогда как алекситимия является фактором риска для развития, как депрессии, так и тревоги у больных с аномальной мозговой латерализацией (левшей) независимо от стороны эпилептического фокуса. Очевидно, что взаимодействие между личностными особенностями преморбидного периода и нейробиологическими

факторами является более важным условием для предсказания характера ведущего аффекта, чем их изолированное участие.

Маниакальный аффект, на наш взгляд, также следует рассматривать как преимущественно левополушарный, хотя единого мнения на этот счет нет. В пользу этого говорит, во-первых, частое сочетание маниакальной и бредовой симптоматики (идей величия, особых способностей, происхождения), и, во-вторых, близость особенностей мышления больных при маниакальных и паранойяльных синдромах в виде гипермнезии.

В какой-то мере левополушарную природу маниакального аффекта подтверждают данные Robinson, et al. (1988), согласно которым маниакальные состояния чаще возникают после правополушарного повреждения головного мозга, а депрессивные — напротив, после повреждения левого полушария в результате инсульта или травматического воздействия. При этом возникновение маниакального аффекта, очевидно, следует рассматривать как результат гиперфункции левого полушария, возникшей вследствие снижения активности правого полушария (явления выпадения справа). Противоположная система отношений соответственно характерна для депрессивного аффекта.

С другой стороны, Etevenon (1983), исходя из модели, предложенной Vogen, полагает, что маниакальный аффект возникает в результате сложного межполушарного взаимодействия, при котором существует возбуждение лобных отделов справа и слева при одновременном возбуждении задних теменных отделов справа.

Переходя к вербальным и речевым нарушениям, связанным с поражением левого полушария, следует указать на феномены, которые, по существу, свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс второй сигнальной системы. В этих случаях следует ожидать разнообразные речевые феномены в виде “насильственных мыслей”, идеаторных автоматизмов, явлений “вкладываемых” и “звучащих” мыслей. Все названные симптомы составляют синдром психического автоматизма или симптомы шизофрении 1-го ранга по К. Schneider (1939). Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина (1977) называют эти феномены расстройствами вербального мышления.

В таблице № 1 приведены так называемые симптомы шизофрении 1-го ранга по К. Schneider (1939, 1992).

Данные признаки в настоящее время рассматриваются как основные в диагностике шизофрении по критериям МКБ-10 и DSM-IV. Общее, что характеризует и объединяет большую часть симптомов 1-го ранга, заключается в признаке отчуждения (Entfremdung, (нем.), Alienation (англ.) и одновременно нарушении границ психического “Я” (Sims, 1991). Это очевидно не только при рассмотрении явлений синдрома психического автоматизма, но и такого

Таблица 1. Симптомы шизофрении 1-го ранга

Звучащие мысли
Голоса, убеждающие больного (императивные галлюцинации)
Голоса, комментирующие поступки больного
Соматическая пассивность
Вкладываемые мысли
Узнаваемые мысли
“Сделанный” аффект
“Сделанная” воля
“Сделанные” поступки
Бредовое восприятие

признака, как бредовое восприятие, который, строго говоря, к явлениям психического автоматизма не принадлежит. При этом реальному, действительному восприятию придается аномальное значение преимущественно в форме связи с собственной личностью больного, что снова равносильно стиранию границ психического “Я”, как указывают Schneider (1992) и Sims (1991). С другой стороны, при бредовом восприятии и чувственно-образном бреде вообще правомерно предположить состояние ‘Гиперэго’, т.е. чрезмерной активности собственного “Я”, что хорошо согласуется с моделью Conrad (1957, 1967).

К настоящему времени выполнено большое количество исследований на больных височной эпилепсией с шизоформными картинками, в которых изучалась взаимосвязь между стороной поражения и наличием симптомов шизофрении 1-го ранга по К. Schneider (1939, 1992). Ниже приведена таблица № 2, показывающая частоту левостороннего и правостороннего поражения височной доли головного мозга у больных эпилепсией с шизоформной картиной психозов. Эта таблица была составлена Trimble (1990) по результатам 10 исследований.

Как следует из таблицы, при шизоформных картинках у больных височной эпилепсией имеется фокус эпилептической активности чаще в левой височной доле. Trimble (1990) подчеркивает, что у всех больных эпилепсией с шизоформноподобной картиной психотических переживаний (симптоматика галлюцинаторно-параноидного регистра) речь идет об эпилепсии височного происхождения. Однако было бы неверным считать, что все психозы, возникающие при височной эпилепсии, имеют шизоформную картину, поскольку у 33 % больных с височной эпилепсией возникают психозы другой структуры (аффективной).

Дальнейшее развитие найденные закономерности получили в исследовании Conlon, et al.(1990). В этой работе было установлено, что больные эпилепсией с психозом, в структуре которого преобладают вербальные галлюцинации, отличаются от больных с психозом, но без галлюцинаций по структурно-функциональным особенностям в левой височной доле. Иными словами, эпилептическая активность, берущая начало из левой височной области, приводит к психозу с преобладанием вербальной псевдогаллюцинаторной симптоматики, что придает психозу выраженное сходство с галлюцинаторным вариантом параноидной формы шизофрении. Полагают, что шизоформноподобные психозы другой структуры (без слуховых галлюцинаций) также могут встречаться при эпилепсии, но они не связаны с височными долями (Trimble, 1990).

Характер “рукости” больных эпилепсией также имеет значение для картины психоза, поскольку по доминантной руке можно судить о функциональном преобладании контралатерального полушария, что, в свою очередь, и будет предопределять появление той или иной психопатологической симптоматики. Так, в работе Oyebode & Davison (1990) проводилось сравнение по рукости больных эпилепсией с шизоформными картинками с больными шизофренией и больными эпилепсией без психозов. Больные эпилепсией

Таблица 2. Сторона поражения височных долей у больных эпилепсией с шизоформными психозами

Авторы, год исследования	Количество больных	Левостороннее поражение	Правостороннее поражение	Билатеральное поражение
Slater& Beard, 1963	48	16 (33 %)	12 (25 %)	20 (42 %)
Flor-Henry,1969	21	9 (43 %)	2 (9 %)	10 (48 %)
Gregoriadis, et al., 1969	43	43 (100 %)	0	0
Taylor, 1975	13	9 (69 %)	4 (31 %)	0
Hara, et al., 1980	10	6 (60 %)	4 (40 %)	0
Sherwin, 1981	6	5 (83 %)	1 (17 %)	0
Sherwin, 1982	7	5 (71 %)	2 (29 %)	0
Toone, et al., 1982	12	4 (33 %)	0	8 (67 %)
Ounsted & Lindsay, 1981	9	7 (78 %)	0	2 (22 %)
Popez & Trimble, 1980	11	8 (73 %)	2 (18 %)	1 (9 %)
Всего	180	112 (62 %)	27 (15 %)	41 (23 %)

мужчины с шизоформными психозами при этом характеризовались абсолютной праворукостью в 100 %, тогда как среди мужчин, больных функциональной шизофренией праворуких было 61,5 %, а амбидекстры и леворукие составляли 38,5 % ($\chi^2 = 4,646$, $p = 0,031$). Интересно, что для группы женщин подобные закономерности не были установлены, и праворукость среди них встречалась у 70,6 %, тогда как леворукость и амбидекстрия — в 29,4 % ($\chi^2 = 0,245$, н.з.). С другой стороны, при сравнении больных эпилепсией с шизоформными картинами с больными эпилепсией без психозов также была выявлена связь между праворукостью и психозом для мужчин, а не между праворукостью и эпилепсией вообще ($P < 0,05$). Для женщин подобной закономерности снова обнаружено не было. Из сказанного вытекает вывод, что у больных эпилепсией мужчин с шизоформными психозами должна быть истинная праворукость, что говорит о гиперфункциональном состоянии левого полушария. Иначе говоря, у больных эпилепсией имеется сцепленность с мужским полом фактора шизоформного психоза и праворуконости. Продолжая линию рассуждений дальше, можно придти к выводу, что необходимым условием для возникновения шизоформных психозов с галлюцинаторно-параноидными синдромами является наличие нормальной или чрезмерной латерализации полушарий мозга по функции речи. Поскольку мужские индивиды характеризуются в целом большей латерализацией по функции речи (центр речи локализуется в левом полушарии чаще у мужчин), то становится понятным тропизм психозов с галлюцинаторно-параноидной картиной к больным шизофренией мужчинам (В. В. Калинин, 2001). С другой стороны, аномальная асимметрия головного мозга в виде амбидекстрии и левшества будет защищать индивидов от появления галлюцинаторно-параноидных картин психозов, как полагают Oyebode & Davison (1990), хотя это нуждается в подтверждении в специальных исследованиях.

Здесь же приведем ссылки на исследования Liddle et al (1992) и Ebmeier, et al.(1993), в которых проводилось изучение уровня метаболизма и кровотока в различных регионах правого и левого полушария у больных шизофренией. Авторы изначально у всех больных выделили три типа синдромов:

1. Синдром психомоторной недостаточности (уплощенный аффект, слабые речевые коммуникации, отсутствие спонтанных движений).

2. Синдром психической дезорганизации (неадекватный аффект, нарушения мышления, неадекватное содержание речевой продукции).

3. Синдром нарушения реальности (бред и галлюцинации).

Оказалось, что синдром психомоторной недостаточности был связан с левосторонним снижением функциональной активности фронтальных отделов. С другой стороны, синдром психической дезорганиза-

ции — напротив, со снижением кровотока в правых отделах фронтальной области коры мозга и возрастанием перфузии крови в правой передней цингулярной извилине. Наконец, синдром нарушенной реальности был связан с чрезмерной активностью левой средней височной долей и снижением активности в левой боковой височной доле.

Из полученных результатов следует, что характерные для шизофренического процесса негативные проявления связаны с недостаточной активностью фронтальных отделов мозга. При этом за неадекватность аффекта и малую продуктивность речи отвечает снижение функции правого полушария, тогда как за аффективное уплощение и снижение психической активности вообще — недостаточная активность левого полушария. Напротив, в основе продуктивной психопатологической симптоматики (бред и галлюцинации) лежит повышение активности височных отделов мозга слева.

Завершая анализ вербальных и идеаторных феноменов в связи со стороной поражения при психозах, следует указать на явное противоречие, которое становится очевидным при сопоставлении основных функций левого полушария (аналитическая, вербальная деятельность и выделение своего “Я” из окружающего мира согласно модели Vogen) и появления симптомов 1-го ранга. В самом деле, если осознание своего “Ego” связывается с гиперфункциональным состоянием левого полушария, то чем можно объяснить симптоматику отчуждения и утрату границ “Ego” при психопатологических феноменах, составляющих ядро синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо? Как следует из приведенных выше данных, происхождение этих признаков также связывается с гиперфункцией левой гемисферы, особенно височной доли. В этом и состоит противоречие. В рамках научной спекуляции можно предположить, что в пределах левого полушария разные отделы оказывают неравнозначное участие при психическом здоровье и патологических процессах. Вполне возможно, что для осознания своего “Я” в состоянии “психической нормы” не требуется повышенной активности левой височной доли, тогда как повышение ее функции будет уже свидетельством возникновения психопатологической симптоматики в виде симптомов 1-го ранга. Можно предположить, у психически здоровых индивидов за осознание их индивидуальности отвечают левые лобные отделы, как более поздние в эволюционном отношении. В результате психической патологии, когда происходит снижение активности фронтальных отделов мозга, особенно слева, их функцию на себя берут более старые в филогенетическом отношении височные отделы. Это и приводит при их высокой активности к явлениям “утраты” границ психического “Я” при выпадении функции лобных отделов.

В данном контексте появление продуктивной психотической симптоматики у больных шизофренией (симптомов I-го ранга) можно рассматривать как возврат к атавистическим формам психической деятельности. Данное предположение носит характер научной спекуляции. Тем не менее, приведенные выше данные Liddle, et al. (1992) и Ebmeier, et al. (1993) в определенной мере подтверждают наши предположения и позволяют объяснить указанное противоречие.

Наши собственные данные по тесту дихотического прослушивания, полученные на материале больных шизофренией, также подтверждают факт сцепленности с мужским полом диагноза параноидной формы шизофрении и латерализации левого полушария по функции речи. В отношении женщин такой закономерности установлено не было (В. В. Калинин, 2001). Это, в конечном счете, также указывает на то, что галлюцинаторно-параноидная симптоматика возникает в результате деятельности левого полушария и является более поздней в эволюционном отношении, согласно закону В. А. Геодакяна (1993).

Согласно данным Т. А. Доброхотовой и Н. Н. Брагиной (1977) к левополушарным феноменам следует отнести также расстройства вербальной памяти, абсансы и психомоторные припадки.

Психические феномены, возникающие у лиц с “аномальной” латерализацией.

Под аномальной латерализацией здесь понимают левшество и амбидекстрию, которые, согласно замечанию Т. А. Доброхотовой и Н. Н. Брагиной (1977), представляют естественную природную модель искажения обычного варианта асимметрии головного мозга. Примененный в данной статье термин “аномальный” не следует трактовать как синоним термина патологический или противоестественный. Данный термин используется исключительно с целью противопоставления этого относительно редкого феномена латерализации более развитому и частому типу мозговой асимметрии — праворуконости.

Психопатологические феномены, встречающиеся при поражении мозга у амбидекстров и левшей, имеют ряд принципиальных отличий от феноменов, возникающих при поражении правого или левого полушария у правшей (Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1977). К ним относят, во-первых, то, что собственно сторонность поражения головного мозга у амбидекстров и левшей принципиального значения для возникновения чувственно-образной или вербальной симптоматики не имеет. Это связывается с тем, что у данной категории лиц обычная специализация полушарий головного мозга либо отсутствует, либо выражена крайне слабо. Это приводит к появлению однотипной симптоматики, как при поражении правого, так и при поражении левого полушария. В целом, многообразные, яркие чувственные обманы преобладают над расстройствами речи (Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1977). Во-вторых, сам тип психопато-

логической симптоматики, возникающей при поражении мозга у левшей, отличается сложным характером. При этом могут встречаться полиморфные психотические галлюцинаторные феномены сразу нескольких модальностей, что позволяет говорить о сложных галлюцинаторных синдромах. В таких случаях наряду со слуховыми обманами присутствуют термические галлюцинации (чувство тепла), тактильные (гаптические), зрительные и обонятельные. В третьих, могут возникать психопатологические феномены, которые никогда не встречаются при поражении полушарий мозга у правшей. К ним, в частности, относят феномены “предвосхищения” (Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, 1977; Л. Н. Чебышева, 1976) и сложные слабоструктурированные психопатологические феномены, занимающие промежуточное положение между зрительными псевдогаллюцинаторными переживаниями, идеаторными представлениями и чисто сенсорными расстройствами. Т. А. Доброхотова, Н. Н. Брагина, (1977) в этом контексте приводят описание переживаний больной эпилепсией с леворукостью, у которой наблюдалось чувство присутствия постороннего “сверхсущества” рядом с ней. Данное описание напоминает довольно редкий психопатологический феномен, который в немецкоязычной литературе получил название “Anwesenheit” (Jaspers, 1913, 1923; Thomson, 1968). Возникновение данного феномена, согласно нашим данным, у больных шизофренией в продромальном периоде психоза можно предположительно объяснить с помощью участия правого полушария. Отличительной его особенностью у больных шизофренией — является его кратковременность и спаянность с гаптическими галлюцинациями и зрительными галлюцинациями, под которыми следует понимать контуры, тени, силуэты неясных очертаний, воспринимаемые боковыми полями зрения. Мы рассматриваем данный феномен как атавистический психопатологический признак, что отчасти и объясняет его кратковременность в структуре переживаний у больных шизофренией. Возможно, что бредовые переживания постороннего контроля, происхождение которых связывается с активностью теменной и цингулярной коры головного мозга (Spence S. et al., 1997), в своем генезе также связаны с переживанием Anwesenheit, на смену которому при шизофрении приходит симптоматика I-го ранга. Это, однако нуждается в специальном исследовании.

В описании Т. А. Доброхотовой и Н. Н. Брагиной (1977) эта симптоматика у больной эпилепсией носила более устойчивый и продолжительный характер, что отличает их случай от наших наблюдений.

Здесь же следует подчеркнуть, что собственные и пока немногочисленные наблюдения над 2 больными с височной эпилепсией и правосторонней локализацией фокуса эпилептической активности также подтверждают правостороннее происхождение симптоматики Anwesenheit. Очевидно, что указанные

противоречия в отношении локуса возникновения данного феномена (правое полушарие у правшей или безразлично, какое полушарие у левшей) не имеет решающего значения, если принять во внимание раритетность и архаичность этого феномена. Возникновение архаичных психопатологических феноменов, в частности, явлений воплощенного присутствия (Anwesenheit) следует понимать как активацию более древних структур мозга. Понятно, что правое полушарие правшей и в целом мозг левшей имеет более древнюю структурно-функциональную организацию, чем левое полушарие правшей.

В этом же разделе укажем, что аномальная мозговая латерализация головного мозга, в частности, по функции речи и зрения коррелируют с другим сложным психопатологическим феноменом — алекситимией. Под этим названием понимают особую личностную структуру, которая предрасполагает к возникновению, как классических психосоматических заболеваний, так и разнообразных соматоформных и так называемых соматизированных, тревожных и сенесто-ипохондрических расстройств (В. В. Калинин, 1995). Иными словами, алекситимическая предрасположенность может возникать при недостаточной зрелости и дифференциации по функциям полушарий головного мозга, т.е. у амбидекстров и левшей. В этом, на наш взгляд, и лежит одно из объяснений так называемой психосоматической проблемы, которая подразумевает определенный антагонизм между психическими и соматическими феноменами (концепция соматопсихического равновесия). Не останавливаясь подробно на этой проблеме, отметим лишь, что она сводилась, во-первых, к вопросу об избирательности поражения психически больных лиц ограниченным кругом соматической патологии и, во-вторых, к невозможности рационального объяснения возникновения соматоформной симптоматики у ограниченного числа психически больных. Иначе говоря, соматоформная, сенестопатическая, сенестоалгическая и ипохондрическая симптоматика возникают далеко не у каждого психически больного. Более того, параноидальные, галлюцинаторные, параноидные и галлюцинаторно-параноидные синдромы, как правило, исключают одновременное появление соматоформной симптоматики. Концепция межполушарной асимметрии и нейропсихиатрический подход к оценке психопатологической симптоматики дают на это, в целом, удовлетворительный ответ. Действительно, если широкую группу галлюцинаторно-параноидных синдромов рассматривать как результат патологии левого доминантного полушария, а широкую группу соматоформных расстройств, как следствие недостаточной дифференциации и специализации полушарий головного мозга, то понятно, почему эти психопатологические явления у одного больного встречаются крайне редко.

Завершая рассмотрение этой сложной проблемы, необходимо подчеркнуть, что нейропсихиатрический подход должен найти со временем адекватное применение в клинической психиатрии и использоваться в рамках метода общей психопатологии. Данный нейропсихиатрический подход не просто формально объединяет неврологию с психиатрией, но позволяет объяснить возникновение всего многообразия психопатологических феноменов не только с учетом топик поражения мозга, но и в эволюционном аспекте. Совершенно очевидно, что необходимо продолжать исследования в этом актуальном направлении, поскольку они помогут уточнить патогенез и патокинез психических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геодакян В. А. Асинхронная асимметрия (половая и латеральная дифференциация — следствие асинхронной эволюции) — ЖВНД — 1993 — Т. 43, № 3 — С. 543 — 561.
2. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н. Функциональная асимметрия и психопатология Очаговых поражений мозга / М., 1977 — 359 с.
3. Калинин В. В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия — 1995 — Т. 5, № 4 — С.
4. Калинин В. В. Бредовые синдромы ложного узнавания. Спорные вопросы классификации, феноменологии, прогноза и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия — 2001 — № 6 — С. 192 — 198.
5. Калинин В. В. Половой диморфизм и мозговая латерализация у больных шизофренией и паническим расстройством в сравнительном аспекте // Актуальные вопросы функциональной межполушарной асимметрии / М., 2001 — С. 88 — 92.
6. Калинин В. В. Симптоматика воплощенного присутствия как предвестник развернутых психозов у больных шизофренией // Психиатрия и психофармакотерапия — 2002, № 5 — С. 188 — 190.
7. Рыбальский М. И. Галлюцинаторные феномены и компьютерная диагностика. — М., 1992 — 240 с.
8. Рыбальский М. И. Бред. Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность бредовых, навязчивых, сверхценных идей. — М., 1993 — 367 с.
9. Смирнов В. Я. Пароксизмальная психопатологическая симптоматика при очаговом (опухолевом) поражении правой и левой височных долей — Дис. ... канд мед. наук — 1976.
10. Снежневский А. В. Общая психопатология // Валдай, 1970 — 190 с.
11. Шмарьян А. С. Мозговая патология и психиатрия. Т. 1 — М., 1949 — 352 с.
12. Albert M. A simple test of visual neglect // Neurology — 1973 — Vol. 23 — P. 658 — 664.
13. Berrios G. Musical hallucination: a historical and clinical study // British J. Psychiatry — 1990 — Vol. 156 — P. 188 — 194.
14. Bogen J. The other side of the brain II: An oppositional mind // Bull. Los Angeles Neurol. Soc. — 1969 — Vol. 32 — P. 135 — 162.
15. Bodamer J. Die Prosop-Agnosie // Archiv fur psychiatrie und nervenkrankheiten — 1947 — Bd. 179 — S. 6 — 54.
16. Broca P. Remarques sur le siege de faculte du langage articule, suivies d'une observation d'aphemie (perte de la parole) // Bull. Soc. Anatomique — 1861 — Vol. 36 — P. 330 — 357.
17. Capgras J., Reboul-Lachaux J. L'illusion des 'sosies' dans un delire systematise chronique. // Bull Soc Clin Med Ment — 1923 — Vol. 2 — P. 6 — 16.
18. Coleman S. Misidentification and non-recognition. // J. Ment Sci — 1933 — Vol. 79 — P. 513 — 521.

19. *Conlon P., Trimble M., Rogers D.* A study of epileptic psychosis using magnetic resonance imaging // *British J. Psychiatry* — 1990 — Vol. 156 — P. 231 — 235.
20. *Conrad K.* Die beginnende schizophrénie (versuch einer gestaltanalyse des whans) — Thime, Stuttgart, 1957. — 198 S.
21. *Conrad K.* Симптоматические психозы // *Клиническая психиатрия* / Под ред. Г. Груле и др. — М., 1967 — С. 249 — 287.
22. *Courbon P., Tusques J.* Illusion d'intermetamorphose et de charme. // *Ann Med Psychol.* — 1932 — Vol. 90 — P. 401 — 405.
23. *Cutting J.* The right hemisphere and psychiatric disorders // *Oxford university Press, N.Y.* — 1990 — 300 P.
24. *Dax M.* Lesions de la moitié gauche de l'encephale coincident avec l'oubli des signes de la pensee. — 1836.
25. *Gainotti G., Messerli P., Tissot R.* Qualitative analysis of unilateral spatial neglect in relation to laterality of cerebral lesion // *J. Neurol., Neurosurg. Psychiatry* — 1972 — Vol. 35 — P. 545 — 550.
26. *Griffiths T., Jackson M., Spillane J.* et al. A neural substrate for musical hallucinosis // *Neurocase* — 1997 — Vol. 3 — P. 167 — 172.
27. *Halberstadt G.* Syndrome d'illusion des sosies. // *J. Psychol. Norm. Pathol.* — 1923 — Vol. 20 — P. 728 — 733.
28. *Harrington A.* Nineteenth century ideas on hemisphere differences and "Duality of mind" // *Behavioral and brain sciences* — 1985 — Cambridge University Press — 41 P.
29. *Harrington A., Oepen G.* "Whole brain" politics and brain laterality research // *Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.* — 1989 — Vol. 239, № 3 — P. 141 — 143.
30. *Hayman M., Abrams R.* Capgras syndrome and cerebral dysfunction. // *British J. Psychiatry* — 1977 — Vol. 130 — P. 68 — 71.
31. *Heilman K., Valenstein E.* Clinical neuropsychology — Oxford University Press, Oxford — 1979 — 280 P.
32. *Heilman K., Bowers D., Valenstein E.* et al. The right hemisphere: neuropsychological functions // *J Neurosurg.* — 1986 — Vol. 64, № 5 — P. 693 — 704.
33. *Hilliard R.* Hemispheric laterality effects on a facial recognition task in normal subjects. // *Cortex* — 1978 — Vol. 9 — P. 246 — 258.
34. *Ebmeier K., Blackwood D., Murray C.* et al. Single photon emission tomography with 99mTc-exametazine in unmedicated schizophrenic patients // *Biological psychiatry* — 1993 — Vol. 33 — P. 487 — 495.
35. *Ellis H., Young A.* Accounting for delusional misidentification. // *British J. Psychiatry* — 1990 — Vol. 157 — P. 239 — 248.
36. *Etcoff N.* Selective attention to facial identity and facial emotion // *Neuropsychologia* — 1984 — Vol. 22 — P. 281 — 295.
37. *Etevenon P.* A model of intra and inter-hemispheric relationships // *Laterality and psychopathology* / J. Gruzelier & P. Flor-Henry (Eds.) — 1983 — P. 291 — 300.
38. *Jaspers K.* Über leibhaftige Bewusstheiten (Bewusstheitsaus-schungen) ein Psychopathologisches elementar symptom // *Zeitschrift für Pathopsychologie* — 1913 — Bd. 2 — S. 157 — 161.
39. *Jaspers K.* Allgemeine psychopathologie / 3 Aufl. — Berlin, 1923 — 420 S.
40. *Kalinin V. V., Polyanskiy D. A.* Focus laterality and interictal psychiatric disorder in temporal lobe epilepsy // *Seizure* — 2009 — v. 18, № 3 — p. 176 — 179.
41. *Kalinin V. V., Zemlyanaya A. A., Krylov O. E., Zheleznova E. V.* Handedness, alexithymia, and focus laterality as risk factors for psychiatric comorbidity in patients with epilepsy // *Epilepsy & Behavior*, 2010, 17(3) — P. 389 — 394.
42. *Kalinin V. V., Zemlyanaya A. A., Zheleznova E. V., Krylov O. Y.* Premorbid Personality Traits, Focus Lateralization and Handedness as Risk Factors for Co-Morbid Affective and Anxiety Disorders in Temporal Lobe Epilepsy // *Horizons in Neuroscience Research, Volume 7* / Eds. Andres Costa and Eugenio Villalba, Nova Publishers, 2012 — pp. 175 — 190.
43. *Liddle P., Friston K., Frith C.* et al. Patterns of cerebral blood flow in schizophrenia // *British J. Psychiatry* — 1992 — Vol. 160 — P. 179 — 186.
44. *Mattingley J.* Right hemisphere contribution to attention and intention // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* — 1999 — Vol. 67 — P. 5.
45. *Mc Fie J., Piercy M., Zangwill O.* Visual-spatial agnosia associated with lesion of the right cerebral hemisphere // *Brain* 1950 — Vol. 73 — P. 167 — 190.
46. *Meadows J.* The anatomical basis of prosopagnosia. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* — 1974 — Vol. 37 — P. 489 — 501.
47. *Nilsson R., Perris C.* The Capgras syndrome. // *Acta psychiatrica scandinavica* — 1991 — Vol. 221, suppl. — P. 53 — 58.
48. *Oyebo F., Davison K.* Handedness and epileptic schizophrenia // *British J. Psychiatry* — 1990 — Vol. 156 — P. 228 — 230.
49. *Perez M., Trimble M.* Epileptic psychosis diagnostic comparison with process schizophrenia // *British J. Psychiatry* — 1980 — Vol. 137 — P. 245 — 249.
50. *Perez M., Trimble M., Reider I.* et al. Epileptic psychosis, a further evaluation of PSE profiles // *British J. Psychiatry* — 1984 — Vol. 146 — P. 155 — 163.
51. *Philips M., David A.* Cognitive impairments as causes of positive symptoms in schizophrenia // *Cognition in schizophrenia. Impairment, importance and treatment strategies* / Sharma T. and Harvey Ph. (Eds.) — Oxford University Press — 2000 — P. 210.
52. *Pick A.* Clinical studies III. On reduplicative paramnesia. // *Brain* — 1903 — Vol. 26 — P. 260 — 267.
53. *Robinson R., Boston J., Starkstein S.* et al. Comparison of mania and depression after brain injury: causal factors // *American J. Psychiatry* — 1988 — Vol. 145, № 2 — P. 172 — 178.
54. *Schneider K.* Psychischer Befund und Psychiatrische Diagnose — Georg Thime Verlag — Leipzig — 1939 — 27 S.
55. *Schneider K.* Klinische psychopathologie / 14 Aufl. — 1992 — Georg Thime Verlag — Stuttgart — New York — 236 S.
56. *Sims A.* An overview of the psychopathology of perception: first rank symptoms as a localizing sign in schizophrenia // *Psychopathology* — 1991 — Vol. 24, № 6 — P. 369 — 375.
57. *Spence S., Brooks D., Hirsch S.* et al. A PET study of voluntary movement in schizophrenic patients experiencing passivity phenomena (delusions of alien control) // *Brain* — 1997 — Vol. 120 — P. 1997 — 1211.
58. *Thomson C.* Anwesenheit: Psychopathology and clinical associations // *British J. Psychiatry* — 1982 — Vol. 141 — P. 628 — 630.
59. *Trimble M.* First-rank symptoms of Schneider. A new perspective // *British J. Psychiatry* — 1990 — Vol. 156 — P. 195 — 200.

О некоторых причинах гипердиагностики детского аутизма

Б. В. Воронков¹, Л. П. Рубина²

В связи с ростом диагностики детского аутизма рассматриваются возможные его истоки, анализируется качество диагностических критериев детского аутизма и причины, лежащие в основе расстройств общения при разных его формах. Оцениваются последствия включения в номенклатуру болезней понятий: аутистический спектр, атипичный аутизм, аутистикоподобие и внедрения в диагностическую практику количественно измеряемых показателей. Уделяется внимание способствующим диагностическому буму немедицинским факторам.

Ключевые слова: расстройства общения, распространенность аутизма, атипичный аутизм, диагностические критерии аутизма, фантомные единицы.

Литература последних десятилетий (17 – 23) фиксирует существенный (в 5 – 10 раз) всплеск диагностики раннего детского аутизма (РДА). Поскольку наиболее распространенным является предположение о наследственном происхождении основных его форм (1, 2, 4, 28), объяснение этого феномена только возросшим научным интересом и общественным вниманием к проблемам РДА представляется недостаточным. Отсутствие видимых глобальных радиационных и прочих внешних причин, вызывающих генетические изменения и нарушения, заставляет искать объяснения диагностического бума внутри проблемы — в разнообразии подходов к пониманию сути аутизма, в качестве его диагностических критериев и практики их применения и т.д.

Положение осложняется тем обстоятельством, что термином “аутизм” обозначаются различные, не сходные по происхождению и клинике психические расстройства — аутистическое мышление, феномен инобытия при шизофрении, ранний детский аутизм и др., объединенные лишь признаком нарушения диалога пациента с внешним миром.

Современные классификации исключают интуицию из диагностического процесса. Расщеплению психических функций, аутизму как феномену инобытия, особенностям контакта с пациентом, оцениваемым, в основном, интуитивно, по-видимому, именно по этой причине не нашлось места в МКБ-10. Отсутствуя в рубрике “шизофрения”, аутизм как будто по закону о сообщающихся сосудах оказался широко представленным в разделе “детская психиатрия” в качестве раннего детского аутизма.

Следует отметить, что материалы об эпидемическом росте РДА включают не совсем однородную патологию: аутизм Каннера, синдром Аспергера, первичные расстройства развития, расстройства аутистического спектра в целом и т.д. (19, 21, 24, 29, 31).

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

² Санкт-Петербургский Центр восстановительного лечения “Детская психиатрия” имени С. С. Мнухина.

Определения РДА отличаются широким диапазоном — от состояния, характеризующегося преобладанием замкнутой внутренней жизни, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций до банального нежелания идти на контакт с окружающими (3, 6, 8, 9). Неоднозначное понимание сути аутизма, противоречивость в его толковании проявили себя в широкоохватности определений РДА и многовариантности осмысления его составляющих. Так, очень сомнительно наличие у аутистов “замкнутой внутренней жизни”. Исключением могут быть разве что процессуальные аутисты, но богатство этой жизни у детей под большим вопросом. Что касается “активного отстранения от внешнего мира”, то активность, то есть целенаправленность усилий по отстранению маловероятна. То же относится и к “нежеланию (неужели подразумевается его осознанность?) идти на контакт с окружающими”. Налицо, таким образом, нечеткость и размытость, а, следовательно, ненадежность диагностических опор.

Рекомендованные МКБ-10 диагностические критерии РДА, в основном, повторяют составляющие многочисленных его определений, не опираются на сущностные, отражающие клинику или возможные механизмы страдания, признаки, и сводятся, главным образом, к ограниченности интересов, однотипному (стереотипному) поведению и к нарушениям общения или “дефициту социальных взаимодействий”. Ни один из перечисленных критериев, не будучи “клиническим” по своей сути, не может считаться диагностически надежным. Суммирование ненадежных признаков не увеличивает диагностическую ценность каждого из них. Несмотря на формализованность и клиническую неопределенность диагностических критериев РДА, каждая из традиционных его разновидностей имеет достаточно характерные, существенно отличные от других клинические проявления.

В основе синдрома Каннера доминирование частных характеристик предметов над осознанием их значений и функций. Суть вещей, как и смысл событий, остается недоступной его пониманию. Буквальное восприятие мира, неспособность мыслить по анало-

гии, отсутствие воображения приводят к тому, что осмысление и познание мира становится проблематичным, барьер между аутистом и окружающим миром — непреодолимым, а диагноз “аутизм Каннера” — гораздо более катастрофичным, чем даже глубокая умственная отсталость.

Отгороженность от внешнего мира при процессуальном (шизофреническом) аутизме базируется на глубокой интроверсии с погружением в мир разнообразных страхов, патологических фантазий, галлюцинаций. Происходит стирание границ между субъективным и объективным. Интроверсия в сочетании с отвержением реальности составляют суть аутистической переустановки при шизофрении, и душевный контакт становится невозможным из-за невидимой стены, отделяющей от нас инобытие больного шизофренией. При всей клинической непохожести и разноразличности “неприсутствия” при аутизме Каннера и аутистического инобытия при шизофрении эти феномены объединены свойством непроницаемости стены, отделяющей пациента от реальности.

Расстройства общения, будучи явлением вторичным, малоинформативным и не наполненным клинически, в роли критерия диагностики вышеупомянутых разновидностей аутизма выглядят неубедительно.

В соответствии с представлениями школы С. С. Мнухина (10, 12) у пациентов с органическим аутизмом клиническая картина определяется психической гипотонией, порождающей аспонтанность, апрозексию и полевое поведение. Неспособность этих детей к психическому напряжению и целенаправленной активности предопределяет их практическую беспомощность и незащищенность. Интеллект чаще на пограничном уровне. Как правило, отмечаются трудности в усвоении школьных навыков (чтения, письма, счета) и пространственно-временных представлений. Багаж сведений не находит применения не столько в связи с интеллектуальным дефектом, сколько из-за отсутствия инициативы и слабости побуждений. Сочетание психической гипотонии с более заметным интеллектуальным снижением соответствует картинам выделенной С. С. Мнухиным (12) “атонической” формы олигофрении. В ее основе, как и при органическом аутизме (12, 30), лежит первичная недостаточность подкорковых систем, энергетической базы, обеспечивающей психический тонус и соответственно возможность функционирования мозга в оптимальном режиме. В связи описанными особенностями общение с такими детьми затруднительно и малопродуктивно.

Трудности социальной интеграции детей с синдромом Аспергера (15) связаны с тем, что формально высокий интеллект, проблемный склад мышления и богатый словарь сочетаются у них с неспособностью соответствовать культурным стереотипам сверстников. Свойственные им ригоризм, утрированная образцовость и правдивость, излишняя серьезность, заум-

ные речи, менторский тон, отсутствие чувства юмора и самоиронии с трудом приемлемы в обществе ровесников. В основе первичного дефекта при “аутистической” психопатии Аспергера лежит недостаток или отсутствие интуиции (16, 27). Не улавливая интуитивно подтекст ситуации и рефлексию собеседников, они, не желая того, постоянно остаются вне контекста общения.

Дисгармония в общении с окружающими описанных в 1916 году Э. Крепелином (11) “чудаков” (Verschriebene) вообще не связана с какой-либо аутистической составляющей, наоборот, они активно стремятся к контакту, но, несмотря на это, перспективы социальной адаптации таких пациентов далеко не очевидны. Простодушие, искренность, наивная непосредственность, эксцентричность в одежде и поступках в сочетании с общим налетом инфантильности и недостатком социальной мудрости приводят к отвержению ровесниками, насмешкам и издевательствам с их стороны и весьма осложняют вхождение в социум.

Использование термина “аутизм” в структуре диагноза у детей, объединенных одной особенностью, — отсутствием гармонии личности с внешним миром, по-видимому, не всегда оправданно, создает терминологическую путаницу и диагностические разночтения, стимулируя, таким образом, гипердиагностику раннего детского аутизма.

Неприятие странного, отторжение непохожего находится в русле архетипических установок общественного сознания. Суровый и сложный мир не хочет и не может быть в гармонии с непонимающими его сложности наивно-непосредственными и простодушными чудаками Крепелина, и с не принимающими его правил, лишенных интуиции и детской непосредственности аутистическими психопатами Аспергера. Органическому аутисту и атоническому олигофрену Мнухина для гармонии с миром недостает интеллекта и психического тонуса. Аутист-шизофреник, вероятно, находится в гармонии с собственным миром болезненных переживаний и по своим аутистическим соображениям не стремится к гармонизации отношений с миром внешним. При синдроме Каннера наблюдается крайняя степень дисгармонии, когда вообще отсутствуют осмысленные отношения с окружающим миром.

Очевидно, что причины, а главное, суть нарушенного общения при разных формах детского аутизма лежат в настолько разных плоскостях, что употребление словосочетания “расстройства общения” в качестве объединяющего признака, тем более диагностического критерия РДА без специальных оговорок, представляется недостаточно обоснованным.

Нарушенное общение, не участвуя непосредственно в патологическом процессе, не является ни субъективным переживанием аутиста, ни симптомом болезни. Это, скорее, знак, чем признак болезни, социальное последствие и, возможно, показание к пенсионирова-

нию, так же как невозможность передвигаться на ногах — не признак, а последствие их ампутации и, соответственно, критерий инвалидности.

К сожалению, интуитивно улавливаемый метафизический смысл аутистического отчуждения зачастую подменяется понятными для неспециалиста общими представлениями — уходом в себя, нежеланием общаться, самоизоляцией. Использование этих чисто бытовых характеристик, попутно с расширением их трактовок, привело, во-первых, к массовому хождению термина “аутизм” и ярлыка “аутист” среди широкой публики и, во-вторых, к валу направляемых к специалистам подозреваемых в аутизме детей и подростков. Вполне вероятно, что у какой-то части из них диагноз подтверждается без достаточных оснований. Наделение незрелости коммуникативной функции, как фактора расстройства развития, житейским смыслом нарушенного общения заполняет нишу детского аутизма диагностическим мусором.

Повторяющийся репертуар поведения и ограниченность интересов могут в какой-то мере наблюдаться и при разных формах детского аутизма, и в картинах психических расстройств неаутистического характера, и быть проявлением вполне здоровой психики. Использование этих признаков как диагностических критериев раннего детского аутизма, то есть — оснований для суждения или принятия решений, без детальной расшифровки (а на практике они, наряду с расстройствами общения зачастую выступают не как повод для размышления, а, к сожалению, в качестве верифицирующих признаков) также могут существенно исказить статистику РДА.

Неопределенность понятия “аутизм”, недостаточность клинического наполнения и, как следствие, неоднозначность толкования критериев РДА, очевидным образом, способствуют неоправданно широкой его диагностике.

Появление в номенклатуре болезней понятия “атипичный аутизм” повлекло за собой его диагностирование у большого числа детей с имбецильностью. Единственным для этого основанием обычно служит естественная для них неспособность к полноценному общению. Данных о распространенности атипичного аутизма в медицинской литературе нет.

Отдельные якобы аутистические или “аутистикоподобные” проявления (отрешенный внешний вид, двигательные стереотипии, отсутствие сюжетной игры и т.п.), не складываясь в завершенную картину и занимая подчиненное положение, могут не только встречаться на фоне серьезного психоречевого отставания, но и быть его следствием. При отсутствии более или менее четких представлений об отношении аутистикоподобия к аутизму, каких-либо клинических очертаний аутистикоподобия и минимальной ясности его природы использование термина аутизм (степень типичности значения не имеет) в качестве

составляющей диагноза видится некорректным. Эквивалентностью (7,14) можно объяснить неспецифичные защитные и достаточно простые экзогенные реакции Бонгоффера, но не экзистенциальные состояния не-присутствия, отчуждения, погружения, инобытия. В этих случаях в основе диагноза более уместным представляется не пополняющий статистику аутизма “атипичный аутизм”, а определяющее катастрофу недоразвитие психики и речи. Любопытно узнать, насколько существенна в “эпидемии” детского аутизма доля умственной отсталости, шифруемой как атипичный аутизм. При диагностировании атипичного аутизма у детей с “умеренной умственной отсталостью” следует учитывать возможное участие в оформлении клинической картины, не имеющих аутистического содержания, но серьезно влияющих на характер социального взаимодействия общей психической гипотонии (12, 13), апатических и абулических включений не процессуального происхождения, а также протестных тенденций личностного свойства.

Таким образом, широкое использование диагностически ненадежных критериев РДА “в рабочем порядке” включило в его круг различную по этиологии и клинике патологию — от слабоумия до психотических состояний. Внедрение в практику понятий “аутистикоподобие” и “расстройства аутистического спектра (РАС)” продолжило эту тенденцию. Понятие “аутистикоподобие”, с одной стороны, весьма упростило жизнь врачей первичного, допсихиатрического звена, а с другой, поставило психиатров перед необходимостью противостоять лавине направляемых “аутистикоподобных” пациентов.

Аутистический спектр или аутистический континуум (5) включает генетически и клинически разнообразные психические расстройства, объединенные всего лишь формальным признаком нарушенного социального взаимодействия. С тем же правом можно считать желуди и яблоки явлением одного порядка, поскольку те и другие растут на деревьях.

Клинически неоформленный “аутистический спектр” стал множить новые и новые (по сути фантомные) формы и разновидности аутизма, тем не менее, претендующие на рубрику в систематике болезней — вторичную аутизацию, высокофункциональный аутизм (ВФА) и пр. Любая из них, не будучи в достаточной мере клинически структурированной, вполне может стать ядром собственного спектра. Так, вторичная аутизация способна объединить в себе и отгороженность от социума вследствие психического заболевания, и ограничение общения под воздействием психической травмы, и обеднение социальных связей в связи с нарушениями слуха и речи, и, при желании, многое другое.

Другой пример фантомной единицы — высокофункциональный аутизм. Не имеющий собственного клинического облика и выделяемый по признаку “лучших перспектив”, он с успехом обнимет собою

шизотимов, шизоидов, пациентов с синдромом Аспергера и, с некоторым скрипом, фершробенов.

Обозначение феномена (даже призрачного) медицинским термином создает обманчивое впечатление его понимания. Усилия по его “натурализации”, ввиду неясных перспектив постижения сути, направляются, в основном, на оформительскую деятельность — поиски для него специальной рубрики или подрубрики внутри принятой классификации, приучение к термину читательской аудитории путем широкого употребления в текстах и т.п.

Диагностический термин заслуживает право на жизнь, если он описывает неизвестный ранее феномен или лучше чем прежний объясняет природу ранее описанного или способствует более четкому его отграничению от сходных состояний и т.п. Фантомные формы этим требованиям не отвечают. Но феномен, получивший латинское или греческое название, тем более имеющий аббревиатуру, психологически обретает свойства научного факта, легитимизируется в качестве клинической реальности и, более того, объекта для изучения с привлечением финансирования.

Расстройствами аутистического спектра может считаться вся или почти вся детская психиатрия — от шизоидии и синдрома Каннера до синдрома Ретта (25) и деменции Геллера (26). Насколько корректно при катастрофическом распаде всех форм психической деятельности рассуждать об утрате социальных навыков и относить последние к аутистическим расстройствам, пусть судит читатель.

В соответствии с настойчивым внедрением в последние годы в диагностическую практику количественно измеряемых показателей, при диагностике и дифференциальной диагностике аутистических расстройств от врача уже не требуется ни понимания пещеряемого на экзистенциальном уровне аутистического отчуждения, ни тонкого психопатологического анализа. Предлагается механически сравнивать количество имеющихся в наличии критериев (навыков, признаков) с их стандартным набором. В русле этой тенденции на подходе к включению в рамки расстройств аутистического спектра выстроились “заболевания, сходные с аутизмом” и “заболевания, имеющие аутистические особенности” (5), содержащие разное количество “аутистических” симптомов, но не имеющие полного набора критериев аутизма. В результате этих классификаторских упражнений сформировался котел, лишенный дна, то есть ограничителей в виде конкретных причин, механизмов, клинических особенностей.

Подмена интуитивного постижения и психопатологического анализа — главного оружия специалиста, разнообразными диагностическими шкалами, имеющими цель не понять больного, а всего лишь скомпоновать диагностическую формулу для обложки истории болезни в соответствии с номенклатурными требованиями, выхолощивает творческое начало

из диагностического процесса, сводит работу психиатра к функции калькулятора и делает саму профессию скучной и малопритягательной.

Аутистический спектр, объединивший принципиально разнородную патологию на базе весьма поверхностного, исключительно формального, скорее словарного, нежели сущностного сходства, был обречен стать аморфной, не имеющей клинического суверенитета, а, следовательно, склонной к неограниченному разбуханию, конструкцией. Границы спектра стали практически неразличимыми. Идентификация в умах понятий “аутизм” и “нарушения общения” формирует порочную тенденцию к “аутизации” психиатрии, особенно детской, и продолжает процесс психиатризации жизни.

Объединение психических расстройств по синдромальному принципу, а именно так сформирована группа с аббревиатурой “РДА”, не приближает к пониманию сути его составляющих и изначально несет в себе тенденцию к пополнению и расширению. Проявления раннего детского аутизма столь многообразны, а клинические картины его разновидностей до такой степени различны, что вызывает сомнение правомерность обозначения их одним термином. Тем не менее, ранний детский аутизм является устоявшимся диагнозом, и вопрос в том, какое клиническое содержание в него вкладывается.

В сегодняшней ситуации смысловой и диагностической неопределенности раннего детского аутизма предпочтительнее сохранить аббревиатуру “РДА” за традиционно ею обозначаемыми клиническими структурами, включающими рассмотренные выше, имеющие собственные патогенетические механизмы и клинически верифицированные конституциональный (синдромы Каннера и Аспергера), процессуальный и органический виды аутизма. Каждый из них, благодаря различному происхождению и клиническому своеобразию, имеет право на обособленное существование как самостоятельное заболевание. Согласие среди специалистов в этом вопросе могло бы в какой-то мере противостоять попыткам выделения новых и новых форм и названий детского аутизма, тенденции к размыванию его границ, имеющей следствием обесмысливание и обезличивание этого диагноза и способствовать более сдержанной его диагностике. Достижение такого согласия, к сожалению, маловероятно, поскольку в итоге всевозможных симпозиумов и круглых столов оппонировавшие стороны обычно с удовольствием убеждаются в своей правоте и предпочитают оставаться в плену собственных представлений о предмете обсуждения.

Наряду с клинико-теоретической составляющей гипердиагностики РДА, достаточно существенен ее социально-психологический аспект. Сравнительно меньше стигматизирующий диагноз аутизма встречает большую готовность принять его родителями, нежели это наблюдается в отношении других психиче-

ских расстройств. Родители охотнее воспринимают свое чадо необычным, не таким как все, особенно если альтернативой является умственная отсталость. Идя навстречу родительским амбициям, врачи часто диагностируют аутизм без должных оснований. По разным причинам (в том числе, вероятно, из-за меньшей стигматизации) диагноз стал не только модным, но в некоторых кругах даже престижным. Налет таинственности и изредка наблюдаемые у аутистов особые (мнемонические, математические, сенсорные) способности обеспечили аутизму внимание публики и интерес телепродюсеров. Кинофильмы об аутистах и очерки о них в популярных изданиях, участие специалистов в телепередачах, посвященных аутизму, подогревают озабоченность “широкой общественности”. Множится число исследований и публикаций, констатирующих “необъяснимый” многократный рост детского аутизма. Энергия общественного темперамента, за отсутствием перспектив более адекватного применения, преобразуется в тревогу и ажиотаж по поводу “эпидемии” РДА. На этом тревожном фоне, возможно, стоит присмотреться к эффекту, в соответствии с которым распространенность патологии как-то связана с числом изучающих ее исследователей. А кроме того понять принцип взаимозависимостей между финансированием проблемы, возрастанием научного интереса к соответствующей патологии и ростом ее распространенности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Аутизм в детстве. — М. Медицина, 1999.
2. Башина В. М. К проблеме раннего детского аутизма (по материалам сайта: // www.psychiatry.ru/library/publications).
3. Бородулин В. И., Ланцман М. Н. Справочник: Болезни. Синдромы. Симптомы, 2009 г.
4. Вроно М. Ш., Башина В. М. Синдром Каннера и детская шизофрения, Ж. невропатол. и психиатр., 1975, в. 9, с. 179.
5. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. ИСПиП, 1998.
6. Давлетчина С. Б. Словарь по конфликтологии (ВСПТУ, 2005, 100 с.
7. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология) М.: Медгиз, 1962, 176 с.
8. Дудьев В. П. Психомоторика: словарь-справочник, 2008 г.
9. Журов В. А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд., 2012 г.
10. Казан В. Е. Аутизм у детей. — Л.: Медицина, 1981.
11. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Перевод с немецкого. Москва БИНОМ. Лаборатория знаний 2004.
12. Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н. О синдроме раннего инфантильного аутизма или синдроме Каннера. — Журн. Невропатол. и психиатр., 1967, в. 10, с. 1501.
13. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей. — В кн. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968, с. 5.
14. Снежневский А. В. Общая психопатология : Курс лекций / В. А. Снежневский. — Валдай : Институт психиатрии АМН СССР, Новгородское обл. науч. мед. об-во невропатологов и психиатров, Новгородская обл. псих. б-ца, 1970. — 190 с.
15. Asperger H. Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. — Arch. Psychiat., Nervenkr., 1944, Bd. 1117, S. 76.
16. Asperger H. Probleme des Autismus im Kindesalter. — Jap. J. Child. Psychiat., 1966, V. 7, № 1, p. 1.
17. Baker H. A comparison study of autism spectrum disorder referrals 1997 and 1989. J. of Autism and Dev. Disorders, 2002, 32(2), 121 – 125.
18. Barklay L. Rate of autism may be increasing. JAMA; 2003, 289: 49 – 55.
19. Bertrand J., Mars A. et al. Prevalence of autism in a United States population: The Brick Township, New Jersey, Investigation. Pediatrics. 2001, 108(5); 1155 – 1161.
20. Bryson S., Smith I. Epidemiology of autism: prevalence, associated characteristics, and service delivery. Ment. Ret. And Dev. Disabil. Res. Review. 4: 1998, 97 – 103.
21. Ehlers S., Gillberg C. The epidemiology of Asperger’s syndrome. A total population study; J. of Child Psychology and Psychiatry, 1993, 34(8); 1327 – 1350.
22. Fombonne E. The prevalence of autism. JAMA; 2003, 289, 87 – 89.
23. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Trends in evidence-based neuropsychiatry. 2003, 7:1; 29 – 36.
24. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // Pediatr. Res., 2009, V. 65, P. 591 – 598.
25. Hagberg B. Rett syndrome: recent clinical and biological aspects // Trends in child neurology. Editors Arzimanoglou A. and Goutieres F. John Libbey Eurotext, Paris, 1996, P. 143 – 146.
26. Heller Th. Schwachsinnigenforschung, Halle, 1909.
27. Krevelen A. van, Kuipers Ch. The psychopathology of autistic psychopathy. — Acta paedopsychiat., 1962, V. 29, № 1. P. 22.
28. Lobascher M., Kinderlee P., Gubbay S. Childhood autism: an investigation of aetiological factors in 25 cases. — Brit. J. Psychiat., 1970, V. 117, № 540, p. 525.
29. Mattila M. L., Linna S. L. et al. Autism spectrum disorders according to DSM-4-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2011, V. 50, № 6, P. 583 – 592.
30. Rutter M. Concepts of autism: a review of research. — J. Child. Psychol. Psychiat., 1968, V. 9, p. 1.
31. Wing L. The definition and prevalence of autism: a review; European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 1993, 2(2), 61 – 74.

Параноидная шизофрения: приступообразная или непрерывная?

Разбор ведет проф. В. В. Калинин (24 октября 2013 г.)
Врач-докладчик — О. С. Ибрагимов (ПНД)
Врач-содокладчик — М. А. Фармазов (ПБ)

Врач докладчик. Вашему вниманию представляется пациент Михаил В., 19.09.1993 года рождения (20 лет), с предварительным диагнозом: шизофрения параноидная, галлюцинаторно-параноидный синдром (F20.09). В ПНД наблюдается менее года.

Анамнез. Наследственность психопатологически отягощена. Бабушка по линии отца страдала психическим заболеванием (диагноз неизвестен), состояла на диспансерном наблюдении, лечилась в психиатрических больницах, покончила жизнь самоубийством (выбросилась с балкона). Отец страдал алкогольной зависимостью, неоднократно переносил алкогольные психозы, по поводу которых лечился в психиатрической больнице. Умер от инфаркта миокарда, когда В. было 14 лет.

В. родился в г. Москве, был первым ребенком в семье из двух детей. Младшей сестре 15 лет, здорова. Со слов матери, беременность и роды протекали без осложнений. Родился в срок. Раннее развитие своевременное, без особенностей. В детском и подростковом возрасте отмечались эпизоды снохождения, крики во сне по ночам. Детские инфекции перенес в дошкольном возрасте, без осложнений. Энурез, судорожные приступы не отмечались.

В дошкольном возрасте был, по словам матери, спокойным, добрым, ласковым, но при этом “аморфным, пассивным”, плохо сходился с другими детьми, в связи с чем детский сад посещал непродолжительное время. В дошкольном и младшем школьном возрасте, несмотря на тяжелый алкоголизм отца, с обоими родителями были теплые, доверительные отношения. В возрасте 5 лет упал, ударился головой, терял сознание. С сотрясением головного мозга стационарно лечился в нейрохирургическом отделении.

В школу пошел с семи лет, учился посредственно, интерес к учебе отсутствовал, но классы не дублировал. После 11 классов поступил и успешно окончил колледж по специальности — наладчик вентиляционного оборудования. По окончании нигде не работал и не учился, и по настоящее время не работает.

Странности в поведении В. появились в возрасте 14 лет, сразу после смерти отца, которую перенес

очень тяжело. Резко изменился в поведении, появились эпизоды немотивированной агрессии и злобы, был неподчиняем, капризен, предъявлял нелепые обвинения матери, обвинял ее в плохом к нему отношении, постоянно угрожал самоубийством, говорил, что “выбросится из окна, как бабушка, в тот же день”. Часто и надолго уходил из дома, время проводил в кругу асоциальных сверстников. Начал употреблять психоактивные вещества (ПАВ): амфетамины, марихуану, курительные смеси — “спайс”, и “спид”. Прижигал себе руки сигаретами (остались грубые рубцы), объяснял это тем, что так “проверяет болевой порог”. В этот же период повысился аппетит, со слов матери — “стал очень прожорливым, постоянно ел, просто опустошал холодильник”, в настоящее время ожирение 2 степени. Планов на будущее не строил, категорически отказывался продолжать обучение или работать. Дома ничем не был занят, отсутствовал интерес к чему-либо, кроме еды и ПАВ. Не следил за своим внешним видом, реже стал мыться, бриться. При этом школу и колледж посещал, редко прогуливал занятия, с учебой справлялся. Эпизодически употребляет слабоалкогольные напитки (пиво), плохого его переносит.

Резкое ухудшение состояния отмечается с января 2013 года. Начал говорить, что он и его мать “демоны”, что он “контролируется призраками”, выполняет их распоряжения, слышит их голоса, призывающие к самоубийству. Говорил, что он может читать мысли других людей. Сообщал, что за ним “следят люди в машинах с тонированными стеклами”. Ходил, вооружившись ножом, для самообороны завел собаку породы “овчарка”. При этом не считал, что “призраки” и “преследователи” как-то связаны между собой. Вопросом, почему он “преследуется и кем” — не задавался, просто понимал, что “есть угроза”. Постоянно требовал у матери денег, которые тратил на ПАВ, угрожал ей расправой. Относил в ломбард ювелирные украшения, оформил несколько кредитов.

В апреле 2013 года по направлению РВК был госпитализирован в ПБ № 14, находился там 2 недели, освобожден от армейской службы. По словам матери,

“диагноз не сообщили, выписали такого же, каким и был”. Было рекомендовано наблюдение в ПНД, однако диспансер не посещал и поддерживающей терапии не принимал. Мать больного расценивала все негативные изменения в его поведении как следствие приема ПАВ, к психиатру за помощью не обращалась. Был сделан запрос в ПБ № 14 с просьбой выслать выписку из истории болезни, но ответ не был получен.

Состояние ухудшалось, В. постоянно употреблял ПАВ, не спал, слышал “голоса демонов”. Ходил голый дома, был сексуально расторможен, приставал к сестре. В мае 2013 г., находясь в состоянии психомоторного возбуждения, разбил локтем стеклопакет, сильно поранил руку (правый локоть). Оказывалась хирургическая помощь, налагались швы. Кричал по ночам, утверждал, что у него “болят ноги”, однако обратиться к врачу категорически отказывался. Последние две недели перед первым поступлением был крайне агрессивен, избивал мать, требовал денег, угрожал. 29.05.2013 года возбудился, угрожал матери и сестре расправой и самоубийством, разгромил квартиру, сломал дверь. По заявлению матери задержан сотрудниками полиции, доставлен в ОВД “Соколиная гора”, откуда 31.05.13 госпитализирован в ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского.

В стационаре находился 50 дней. Получал лечение: галоперидол, аминазин, клопиксол-депо, циклодол, азалептин, депакин-хроносфера, симптоматическое лечение. Выписан домой 19.07.2013 г. с матерью.

22.07.2013 г. впервые в сопровождении матери пришел в ПНД на прием к участковому врачу-психиатру, был взят под диспансерное наблюдение. Назначено лечение: галоперидол — 30 мг/сут, аминазин — 200 мг/сут, клопиксол-депо — в/м 200 мг/мес, депакин-хроносфера — 1,5 г/сут, тригексифенидил — 6 мг/сут. Назначена явка на 23.08.2013 г.

Однако дома лекарств не принимал. И 24.07.2013 г. (через 2 дня) вновь прибыл с матерью к участковому врачу-психиатру. Был направлен на долечивание в дневной стационар филиала № 2. Сохранялись слуховые обманы, голоса известных и неизвестных людей принуждали к различным действиям. Пациент сообщал, что голоса им управляют, что на улице замечает недоброжелательные взгляды прохожих, чувствует за собой слежку. Посещал дневной стационар до 19.08.2013 г., получал лечение: галоперидол — 15 мг/сут, депакин-хроно — 500 мг/сут, аминазин — 200 мг/сут, тригексифенидил — 6 мг/сут, карбамазепин — 400 мг/сут, витаминотерапия, рациональная психотерапия. С 19 августа прекратил посещение дневного стационара.

22.08.2013 г. мать сообщила по телефону, что сын вновь начал злоупотреблять алкоголем, бродяжничает, но при этом агрессивных действий в отношении близких и окружающих не проявляет. Из дневного стационара был выписан.

23.08.2013 г. на приеме у участкового врача-психиатра выписаны рецепты на лекарства для продолжения лечения в амбулаторном порядке и даны рекомендации с назначением явки на 13.09.2013 г. В этот период мать вновь устроила его на учебу в колледж, чтобы он получил там какую-то еще специальность. Но он категорически отказывался, обвинял мать в наговоре по поводу его алкоголизации. Аффект был лабильным, был замкнут, в своих переживаниях не раскрывался.

10.09.2013 г. осмотрен на дому врачом-психиатром отделения неотложной помощи психиатрической больницы № 3 в связи с ухудшением состояния: усилились голоса в голове, нарушился сон, усилилась тревога. Рекомендовано продолжить лечение в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи филиала № 2.

С 16.09.2013 г. по 25.09.2013 г. проходил лечение в отделении интенсивной терапии. Получал лечение: феварин — 100 мг н/н, хлорпротиксен — 50 мг н/н, сделали галоперидол-деканоат — 50 мг в/м.

25.09.2013 г. по настоянию матери В. госпитализирован в 1-е отделение ПБ № 3, где проходит лечение по настоящее время.

Ведущий. Пожалуйста, врач стационара, что-то желаете добавить?

Врач-содокладчик. Анамнестические сведения были изложены. Думаю, стоит описать его состояние при поступлении в первый раз.

Пациент по заявлению матери был задержан сотрудниками полиции, доставлен в ОВД “Соколиная гора”, откуда и стационарирован в ПБ № 3 дежурным по городу психиатром в недобровольном порядке. Как полицейским, так и медработникам оказывал ожесточенное сопротивление, в приемное отделение был доставлен с применением мер фиксации.

Осмотр от 31.05.2013 г. (первое поступление в ПБ № 3). В кабинет доставлен в сопровождении санитары. Сидя, беспокоен — то откидывается назад, то сильно наклоняется вперед, постоянно закрывает глаза. Заявляет, что не знает, где находится, число и дату называет приблизительно. На лице выражение обиды и злобы, мимика однообразна, взгляд бегающий. Смотрит в сторону. Негативистичен к беседе, на вопросы отвечает крайне неохотно, нецензурно бранится, на замечания не реагирует. Еще больше озлоблялся, когда речь заходила о матери, называл ее “алкоголичкой”, “проституткой”, “асоциальной личностью”, заявил, что “ее надо лишить родительских прав”. Обратился к врачу так: “я тебе дам 5 штук, чтобы ты ее сюда положил”. Совершенно не соблюдает дистанции, к врачу обращается на “ты”. Грубая переоценка, эгоцентризм. Себя называет “творческим человеком”, поэтому ему не нужно ни работать, ни учиться. На вопрос, “каким же видом творчества он собирается заниматься?” ответил, что “молод и пока еще не решил”. Не раскрывается в переживаниях,

большую часть сведений о себе сообщать отказывается, заявляет, что “всё забыл”. Часто вообще молчит в ответ на вопрос. Отрицает, что употребляет ПАВ. Признает, что говорил о “призраках”, “голосах”, но только потому, что хотел “приколоться над врачами”. Обращает на себя поверхность и одновременно нелепость в суждениях. Утверждает, что мать спровоцировала его на агрессию, что “мать должна мне давать 10 000 каждый месяц, как долю доходов от сдачи квартиры”, свое поведение считает правильным. Наличие обманов восприятия слухового характера отрицал, несмотря на очевидно галлюцинаторную мимику. Постоянно жалуется на головную боль, ее наличием объясняет свое нежелание отвечать на вопросы. Критики к состоянию и ситуации нет, себя считает психически здоровым. Согласие на госпитализацию и лечение подписать категорически отказался и был госпитализирован в недобровольном порядке на основании ст. 29 п.п. “а” и “в” Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

В отделении — первое время был угрюм, злобен, необщителен, неопрятен, ничем не занят. Залеживался в постели, назначения и обследования выполнялись с уговорами, грубил как персоналу, так и врачам. Длительное время сохранялось негативное отношение к матери, не хотел с ней общаться. Он получал лечение: галоперидол, аминазин, азалептин, клопиксол-депо, депакин-хроно. На фоне терапии состояние значительно улучшилось, стал опрятнее, померк эффект злости, исчез негативизм, мимика потеряла очевидно галлюцинаторный характер. Стал общаться с матерью во время свидания, не высказывал каких-либо претензий в ее адрес. При этом наличие в прошлом обманов восприятия какого-либо характера упорно отрицал. Высказывал намерение продолжить свое образование, в дальнейшем — работать.

01.07.2013 г. был консультирован профессором Циркиным С. Ю. Заключение: “стационарирован с бредовым поведением, испытывал псевдогаллюцинации, в том числе комментирующего характера. Диагноз: Шизофрения параноидная, период наблюдения менее одного года” (F20.09).

На момент выписки (19 июля 2013 г.): жалоб не высказывает, настроение ровное, поведение правильное. Спокоен, упорядочен, аффективно устойчив, тяготится пребыванием в психиатрическом стационаре. Признал употребление ПАВ. Вежлив в беседе с врачом, приветлив на свиданиях с матерью. Активно бредовых идей не высказывает. Обманов восприятия не выявляет. Суицидальных мыслей нет. Был выписан в сопровождении матери под диспансерное наблюдение филиала № 1. Филиал посещал, принимал галоперидол и азалептин. Возобновил учебу. Мать устроила В. в юридический колледж, он должен быть специалистом по земельным отношениям.

В. утверждает (мать подтверждает это), что более ПАВ не принимал. Общался с матерью и сестрой, оказывал дома посильную помощь. Нелепого поведения, сексуальной расторможенности, домогательств к сестре также не отмечалось. Однако за месяц перед настоящим поступлением больной перестал принимать лекарства и посещать участкового психиатра, на уговоры матери не реагировал, заявил ей, что здоров и более не нуждается в лечении. За 3 недели до поступления в ПБ “вновь стали путаться мысли в голове”, “стало трудно думать, учиться”. Стал раздражительным, тревожным, нарушился сон. Слышит “мужской голос” неприятного содержания — “смеется, говорит, что я не смогу больше учиться”. Вновь стал вымогать у матери деньги, конфликтовал с ней. Тяготился своим состоянием, сам вызвал скорую помощь, просил его госпитализировать в психиатрическую больницу. 25 сентября 2013 г. стационарирован в ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского дежурным по городу психиатром в добровольном порядке.

Соматический статус: Высокого роста, гиперстенического сложения, повышенного питания (ожирение). Татуировка на правом плече, рубцы от давних самоожогов на тыльных сторонах предплечий обеих рук и в области локтевых сгибов. На груди и спине — розеолезные высыпания. Зев и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД — 100/60 мм рт.ст., ЧСС — 80 уд/мин, t — 36,7 °С. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена, не уплотнена, селезенка не пальпируется. Нарушений функций тазовых органов нет.

Р-графия органов грудной клетки от 04.06.2013 г — очаговые и инфильтративные изменения не выявлены.

Клинические анализы крови и мочи, биохимия крови в пределах нормы. Анализы на гемоконтактные инфекции все отрицательные.

Заключение терапевта от 03.06.13 г. — Со стороны внутренних органов патологии нет. Ожирение 2 ст.

Осмотр дерматовенеролога от 27.09.2013 г. — отрубевидный лишай.

ЭКГ от 27.09.2013 г. — синусовый ритм. Вертикальное положение ЭОС.

ЭЭГ от 22.10.2013 г. — умеренно выраженные общезлобные изменения ЭЭГ с признаками дисфункции базально-стволовых структур.

Эхо-ЭГ — смещения срединных структур не обнаружено. Ширина третьего желудочка до 4,3 мм. Пульсация сигнала не усилена. Дополнительных сигналов большое количество. Ликворные пространства не расширены. Признаки внутричерепной гипертензии выражены умеренно.

Осмотр невропатолога от 26.09.2013 г. — энцефалопатия сложного генеза с когнитивным дефицитом. Психовегетативный синдром.

Окулист также его смотрел — никаких проблем со зрением у него нет.

Психический статус при повторном поступлении. Сам пришел на беседу. Полностью ориентирован. Доступен контакту, приветлив и вежлив с врачом. Двигательно спокоен. На вопросы отвечает по существу. Ищет помощи. Фон настроения снижен, тревожен. Жалуется на снижение работоспособности: “трудно думать”, “мысли путаются”. Сообщает, что в колледже учится “еле-еле, вроде пока специальных дисциплин нет — просто школьный курс за 10 класс, а я ничего не понимаю, особенно математику”. Признает наличие обманов восприятия, слышит “мужской голос”, тот звучит “прямо в ушах”. Утверждает, что слышит его непостоянно, всего “секунд по 30 каждые сутки”. “Голос” — “только смеется, говорит, что я не смогу учиться, ничего не приказывает”. По-прежнему ощущает слезку на улице. Я его спрашивал: “имеется ли какая связь между вот этим “голосом”, “призраками”, как он их называет, и этими “преследователями”?” Он говорит, что “связи, по его мнению, нет”. На вопрос “но кто же эти преследователи и какой смысл в этом преследовании?” отвечает — “я не задаюсь таким вопросом, я просто понимаю, что исходит угроза ко мне, а кто я, никак я не думаю”. Говорит, что есть какие-то подозрения, что это как-то связано с телевидением, но дальше об этом не говорит.

Подтвердил, что слышал “голоса” перед первым поступлением. Их было два — голос подружки бабушки, которая обвиняла его в том, что он “обрек ее на круги ада”, “не объясняла, как”, и голос мужчины, который ругал, угрожал. Слышал также “музыку”. Сейчас слышит “тот же самый мужской голос”, только он стал “неприятнее и грубее”. “Голоса” тогда вызывали странное чувство: “казалось, что страшно болит голова, всё тело кричало об этом, хотелось обхватить руками голову, но на самом деле боли не было”. Также были “странные ощущения в ногах, казалось, что под кожей ползает сороконожка, я думал, не инопланетянин ли это.... Были сильнейшие боли, я от этого и кричал тогда ночью”. На вопрос “не были ли связаны эти ощущения с приемом психоактивных веществ?” ответил отрицательно, при этом уточнил: “бывало, покурю, видел на теле жучков, но внутри себя их не ощущал”. Сейчас ничего подобного нет.

Также сообщил, что перед первым поступлением видел дома “призрак умершего отца”, при этом фигура его была “полупрозрачной, с нечеткими контурами, но я совершенно точно знал, что это именно он”. С “призраком” он не разговаривал. Также тогда, по его словам, “были состояния, когда я, находясь в квартире, сидя на диване, одновременно находился в другом мире, я там был в образе Архангела Михаила и сра-

жался с каким-то огромным и страшным зверем, которого я в конечном итоге завалил”. Отрицает реальность существования обладателя “голоса” — “среди моих друзей и знакомых никого с таким голосом нет”, считает “голос” проявлением болезни. Интеллектуально формально сохранен. О матери говорит неприязненно, с раздражением говорит, что она не дала ему денег — “все думает, что я их сейчас на “спайс” потрачу”, обвиняет ее в пьянстве. При этом аффективная окрашенность негативных высказываний заметно менее выражена, чем при первом поступлении. Критика к состоянию и ситуации частичная. Согласие на лечение охотно подписал.

В отделении на фоне лечения нейролептиками (квентиакс, азалептин), а также приема вальпарина перестал испытывать слуховые обманы восприятия, неприятных соматических ощущений также не было. Первое время значительно снижен фон настроения, всё время проводил в палате — либо лежал на кровати, либо выходил курить. За своим внешним видом не следил, не застилал кровать, на замечания персонала реагировал негативно и грубо. При этом с врачами всегда соблюдает дистанцию, вежлив. Навязчиво просил позвонить матери, по телефону разговаривал с ней грубо, требовал принести ему денег и сигарет, высказывал в ее адрес угрозы и ругательства, оскорблял ее. Звонил по много раз, вводил в заблуждение врачей и персонал — просил “разрешите позвонить еще”, так как он, якобы, не дозвонился. В связи с этим мать больного вынуждена была обратиться к лечащему врачу с просьбой запретить больному телефонные звонки.

В дальнейшем стал более опрятным, раздражительность и негативизм исчезли. С окружающими первое время общался только по необходимости, в дальнейшем стал общаться с психопатизированными больными своего возраста, как правило, имеющими в анамнезе употребление психоактивных веществ. Смотрит телевизор, по его словам, “пробует читать, но не получается, ничего не укладывается в голове”. Стал общаться с матерью во время свиданий, постепенно перестал обвинять ее в асоциальном образе жизни и пьянстве, признался, что всё это с самого начала “наговорил со зла, особенно в первый раз, злился, что она меня в больницу положила, а так она самая лучшая мама и я ее очень люблю”.

Сообщил, что уже более года видит “краем глаза, за спиной зрительные обманы — лица людей, предметы, которых нет”. К примеру, “я лягу на кровать, краем глаза вижу, что на подоконнике стоит елочка, обернусь, а ее нет”. Появление этих “обманов зрения”, по его словам, никак не связано с моментами засыпания и пробуждения, временем суток, состоянием утомления, ранее употреблением ПАВ. Заявляет, что, конечно, хотел бы окончить колледж, но сильно сомневается, что сможет это сделать. Не представляет, что сможет работать по специальности — специали-

стом по решению земельных вопросов. Более определенных планов на будущее нет. Не возражает против оформления ему группы инвалидности, но и особой заинтересованности в ее оформлении нет. На оформлении группы инвалидности больному настаивает мать.

Я еще хотел бы добавить, что сегодня в беседе со мной он сказал, что ему “на мгновение показалось, что вместо моего лица он увидел лицо соседа по палате”, причем не краем глаза. Но это состояние хорошо ему знакомо, это состояние было очень короткое время, буквально менее секунды, потом он увидел меня. Я спрашивал: “были ли подобные состояния раньше?” он говорит, что подобного не было никогда, это первый раз.

Ведущий. *Я хочу уточнить, а галоперидол-деканат в этот раз был? — Нет, на этот раз его не было. — Только, значит, кветиакс? А доза какая? — Да, по 200 мг 3 р/день и азалептин. — Скажите, чем Вы руководствовались, назначая вальпарин? И какие дозы вальпарина? — По 300 мг 3 р/день и назначал как нормотимик, чтобы убрать эту раздражительность и негативизм.*

Психолог — Сачкова Ирина Александровна.

Исследование проводилось 22.10.2013 г. Пациент ориентирован всесторонне, эмоционально адекватен в контакте, охотно рассказывает об обстоятельствах текущей госпитализации и своих болезненных переживаниях. Говорит, что перед последней госпитализацией решил, что ему нужно в больницу после того, как увидел себя в зеркале и понял, что выглядит так, будто испытывает “голоса”. При расспросах о текущем психическом состоянии сообщает о галлюцинациях. Но галлюцинациями больной назвал вот что. Он сказал, что “краем глаза отмечает какие-то тени, а переводя взгляд в эту сторону, видит, что их нет”. Мотивация к психологическому обследованию достаточная. Инструкции к заданиям усваивает в полной мере, переспрашивает, если что-то непонятно. К концу процедуры сообщает о незначительном утомлении, наступившем в результате обследования. Проявляет интерес к полученным результатам.

По объективным данным. Объем и динамические характеристики внимания и памяти находятся в пределах нормы. Кривая запоминания при заучивании 10 слов составляет 7-8-9-9 и доходит до 10 единиц, при отсроченном воспроизведении 8 единиц. Введение опосредования повышает эффективность запоминания до 90 %.

Ассоциативные образы в большинстве своем соответствуют стимульным понятиям по смыслу. Вместе с тем, имеются отдельные ассоциации, оторванные от смыслового содержания стимульных понятий, снабжающиеся суждениями резонерского характера. Например, чтобы запомнить слово “развитие”, пациент изображает “земной шар”, говоря при этом: “Земля развивается, за ней развиваемся и мы”.

Особенности ассоциативного ряда в проективном отношении указывают на вероятность аутоагрессивного поведения. Так, чтобы запомнить слово “сомнение”, пациент изображает человека, который стоит у края пропасти и хочет прыгнуть, но сомневается — делать ли ему это? Особенности графики в проективном отношении указывают на черты эмоциональной обедненности. Сфера мышления характеризуется формальной доступностью основных мыслительных операций. Вместе с тем, проявляются нарушения мотивационного компонента, мышление по типу резонерства.

При выполнении классификации предметов пациент образует группу, состоящую из карточек, изображающих людей различных профессий и ребенка с мячом, называя ее “человек за работой”. На вопрос “какое отношение к этой группе имеет ребенок с мячом?” отвечает, что “мальчик работает над собой и развивается, играя с мячиком”. Кроме того, проявляется тенденция к расширению объема понятий, субъективизм, а также конкретность суждений.

Эмоционально-личностная сфера пациента характеризуется личностной незрелостью, которая проявляется в неустойчивости мотивационной направленности, недостаточной сформированности моральных норм, подвластности средовому влиянию, эгоцентризму и стремлении потворствовать собственным желаниям, а также импульсивностью, вспыльчивостью, субъективизмом и демонстративностью. Проективная диагностика свидетельствует о наличии агрессивных, аутоагрессивных тенденций у пациента, а также склонности к протестным поведенческим реакциям на фоне незначительной эмоциональной обедненности.

Таким образом, при настоящем психологическом обследовании на первый план выступают: импульсивность, склонность к протестным поведенческим реакциям, преимущественно агрессивного и аутоагрессивного типов у незрелой эгоцентричной личности. Графические особенности “пиктограммы” (черты эмоциональной обедненности), резонерство, незначительным образом выраженная тенденция к расширению объема понятий настораживают в отношении эндогенного заболевания.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Ведущий. Добрый день! Вас зовут Михаил? — Да. — Садитесь, пожалуйста. Здесь все врачи. Мы с Вами побеседуем, чтобы разобраться и помочь Вам. Как Вы себя чувствуете? — *Нормальное самочувствие.* — Ни на что не жалуется? — *Сейчас небольшие галлюцинации.* — В чем они проявляются? — *Но здесь немножечко другие. Вот сейчас я не вижу больше половины зала.* — Так что больше половины зала? — *Я смотрел на Вас, и как бы краем глаза видел только 2 – 3 человека сидело, когда их там гораздо больше.* — Еще что

беспокоит? — *Всё, больше ничего не беспокоит.* — Вы под галлюцинациями понимаете вот эти зрительные... — *Обманы зрения.* — Зрительные феномены, когда Вы видите краем... — *Краем глаза.* — Вы видите краем глаза, боковым полем зрения, оборачиваетесь, а там ничего нет? — *Там либо ничего нет, либо совершенно другое ...* — И Вы понимаете, что то, что Вы краем глаза видите, это именно галлюцинаторный образ, который не соответствует реальности? Я так понимаю? — *Не всегда.* — То есть, иногда, Вы считаете, что так оно и есть, то, что Вы видите, там существует, да? Понятно. — *Ну, ёлочку. Я недавно видел ёлочку...* — Ёлочку? — *Нет. Первый раз была ёлочка. А в основном там совершенно разные галлюцинации.* — Хорошо, скажите, а “голоса” бывали у Вас? — *Да.* — Вот сейчас их нет? — *Нет.* — Сколько времени уже нет “голосов”? — *Где-то недель 6 – 7.* — А лежите Вы здесь уже сколько времени? — *Не помню. Недель 5, по-моему.* — Недель 5. То есть, когда Вы поступали, “голосов” не было, так получается, да? — *Да.* — Скажите, а “голоса” Вы как расцениваете, как галлюцинации или нет? — *Как галлюцинацию.* — Вы их слышите как? Внутри головы они? — *В ушах.* — Слышите так же, как мой голос? — *Вообще, да.* — Или как-то иначе все-таки? — *Нет, не как иначе.* — Именно в ушах? — *Но было несколько раз, до этого случая, что как будто не в ушах, а вот реально было прямо в голове.* — Где-то в голове, в мозге где-то? — *Ну, да, как в дверь стучали.* — А что, звук стука? — *Да, звук стука моей двери.* — В голове? Понятно. А “голоса” о чем Вам говорили? — *Как, который последний раз был?* — *Да.* — *Он говорил мне секунд 30, он мне что-то говорил, и на последних секундах пяти он мне сказал, что я не смогу учиться, мне нужно бросить учебу.* — То есть, он приказывал? — *Нет, он советовал.* — А приказы отдавал? — *Нет.* — Заставлял что-то делать? — *В церковь ходить.* — В церковь ходить заставлял всё же? А больше вел разговоры на какие-то отвлеченные темы? — *Да.* — Просто комментировала Ваши поступки, может быть? — *Ну, там голос сначала был еще голос моей знакомой. У моей знакомой умерла бабушка.* — Вы ее голос слышали? — *Да, я слышал ее голос.* — Бабушки или знакомой? — *Бабушки мертвой, типа так.* — А как Вы считаете — это реально, такое может быть — слышать голос умершего человека? — *Может быть, может быть. Но, может быть, может быть, но не со мной точно.* — Да, а почему? — *Не знаю, не верю в такие чудеса.* — Не верите. Но чудес-то у Вас было предостаточно. — *Да.* — Вы полагали, что Вы находитесь под влиянием каких-то духов, призраков, под воздействием призраков? — *Было.* — Сейчас этого не было? — *Нет.* — Это было раньше? — *Да, это было перед первым поступлением.* — Где-то примерно год назад, да? — *Ну, где-то так.*

— А что за призраки, Михаил? — *Ну, увидел призрак своего отца.* — И как он выглядел? — *Он белый, прозрачный, и просто прополз.* — То есть, не как ре-

альный человек? — *Точно, не как реальный.* — Он даже не похож на отца был? — *Нет, похож на лицо, внешность его была.* — Вы его видели как, вот как меня, других присутствующих или иначе? — *Он был прозрачный.* — Видели как бы внутренним взором? — *Нет, нет. Мне казалось, что я вижу прямо своим зрением, как вижу сейчас Вас.* — И он был в окружающем пространстве, в комнате? — *Да.* — Был прозрачный, но получается, не реальный был? — *Мне кажется, что это было нереально.* — То есть, Вы поняли, что это не реальный образ? — *Да.* — И почему Вы пришли к выводу, что это не реальный человек, а призрак — потому что полупрозрачный, да? — *Но я вообще понял сразу, что это галлюцинация. Но просто был очень похож на призрака.* — А он длительное время Вас, так сказать, преследовал? — *Секунд 5.* — Секунд 5 всего-навсего? — *Он на корточках прополз у меня в дверях, на пороге постоял так секунды 2, потом помахал мне рукой и уполз.* — И как Вы это интерпретировали? — *Никак. Просто я понял, что это какой-то головной бред и нельзя воспринимать всерьез.* — Понятно.

— Скажите, Михаил, Вы как считаете, Вы больны или здоровы? — *Все-таки не то, что я болен, но и здоровым себя назвать я тоже не могу.* — Значит, между болезнью и здоровьем, что-то промежуточное, да? — *Да.* — Такое может быть? А если поставить вопрос ребром: да или нет — больны или здоровы? — *То болен.*

— Скажите, а когда заболели, как Вы считаете? — *Ну, где-то года полтора — год назад.* — Сейчас Вам 20? — *Да.* — А что было в 14 лет? Вот мне не совсем понятно. — *А я не помню.* — В 14 Вы угрожали самоубийством... — *Нет.* — Вы стали увлекаться наркотиками, “спайсом” и прочие наркотики... — *“Спайсом” я начал увлекаться где-то года 2 – 3 назад.* — Но там были другие наркотики в 14? — *Пиво.* — Но пиво — это не наркотик, это алкоголь. А наркотики были в 14 лет? — *Вообще были. Я пробовал тогда травку.* — Травку. Это марихуану, стало быть? — *Да.* — Ну, да. И Вы уходили из дома? — *Но если только отпрощусь.* — А так, чтобы подолгу бродяжничали непонятно где, такого не было? — *Нет, я не помню этого.* — Вы вообще дисциплинированный молодой человек? — *Не знаю.* — Послушный, идеальный в поведении дома? — *Не думаю.* — Не думаете? А в школе? Ну, шалуном Вы не были? — *Нет, но почему? Был.* — Были? — *Ну, да.* — Ну, такой Вы избирательно общительный, у Вас было немного друзей? — *Нет, почему? Было очень много друзей.* — Много? — *Да.* — Вот так. Я это не совсем понял.

— И вот Вы полагаете, что Вы заболели когда, Михаил, в 14 или 18? — *Ну, года 2 назад, когда впервые попробовал “спайс”.* — Что на “спайсе” Вы почувствовали? — *Ну, сильная эйфория.* — Так, еще что? — *Ну, и всё.* — А эйфория, что Вы под ней понимаете? — *Ну, начал повышаться гормон счастья.* — Прилив счастья? — *Ну, да, прилив счастья.* — Захле-

стнули эмоции, радость, блаженство, да? — Да. — Захотелось весь мир, образно говоря, обнять? — Ну, можно сказать и так.

Ведущий: Пожалуйста, вопросы к Михаилу.

— Михаил, а вот эти “голоса” Ваши, о которых Вы рассказываете, их мог слышать другой человек? — Я уверен, что нет. — Почему? — Ну, потому что это нереальные голоса. Какое-то время мне казалось, что это всё реальность. Но потом, спустя где-то дни я понял, что это всё мой бред, внутри. — А если это нереальные голоса, то, как Вы их слышите? — Но это, скорее всего, мой мозг так действует. — Как? — Ну, так, вызывает в себе галлюцинации. — Скажите, а вот Вы рассказывали, что было какое-то особое состояние. — А, эйфория? — Что-то казалось? А что это было? — Но это был именно наркотический эффект. — А подробнее можно сказать? — Но я не знаю, как это описать подробно, потому что это очень сложно. Но вообще это приятное ощущение, минут 15. Но как только ты делаешь первый напас у тебя всё отлично, всё замечательно.

Ведущий. Это имеется в виду “спайс”, да? — Да. И потом ... Всё, тебя отпускает и всё.

— Как Вы думаете, а почему это произошло? — Вообще со мной? Голоса? Вот именно из-за того, что я употреблял “спайс”. — Вот это состояние, о котором Вы рассказываете? — Это из-за химических реакций.

Ведущий: Простите, я вклинюсь. До употребления “спайса” было подавленное, тоскливое настроение? — Нет. — Никогда? Тоски, депрессии глубокой? — Была тоска, но не было таких депрессий, ... — А что Вы называете тоской? — Ну, воспоминания там какие-нибудь грустные, — Жить не хотелось, такого не было никогда? — Вообще было. — Было. До “спайса”? — Да. — А на “спайсе” это всё, так сказать, выровнялось, прошло? — Нет. Никак не повлияло. Потом попытался покончить жизнь самоубийством, хотел вены... — Но вот, когда “жизнь самоубийством”, это значит уж выраженная тоска? — Ну, выраженная тоска. Но потом я уже сразу одумался и понял, что это всё это бред, не стоит так делать.

— Скажите, лет в 14 – 15, может быть, в более позднем возрасте, когда Вы, к примеру, находились один в помещении — комнате, квартире — не было ощущения, что кроме Вас есть кто-то еще? Какой-то человек, существо, в закрытой комнате, где Вы? — Да, было такое. — Это сколько было Вам лет? — Мне было 19. — То есть, год назад? — Да. — А подробнее об этом. Это связано со “спайсом” или нет? — Нет. — Подробнее расскажите об этих переживаниях и ощущениях. — Мне какое-то время назад казалось, что, живя в одной квартире, с нами живет еще что-то. — Какое-то существо? Может быть, даже не человек? — Да. — Но живое создание? — Да. — Живое? — Да. — Какой-то, может быть, зверь там, инопланетянин? — Нет. Скорее всего, демон. — А демон, он живой? Вот я не знаю. — Но я не знаю. Но, скорее всего, я

могу предположить, что да, живой. — Понятно. Демон или бес, можно назвать? В общем, то, что раньше называлось “нечистая сила”. Вы вообще суеверный человек, Михаил? — Вообще не очень. — Ну, молодой человек, суеверный тем не менее. И как Вы ощущали его, вот это существо? — Ну, например, в моих действиях были какие-то не мои действия. — То есть... — Вот когда я начал ругаться с мамой, и случайно ударил ее. Причем мне показалось, что это был даже не мой удар. Просто пощечину ей дал вот так вот. — То есть, такое впечатление, что ... — Мою руку кто-то вёл. — Кто-то руководил Вашими действиями, в данном случае рукой? — Да. — А Вы видели краем глаза это существо, может быть? — Нет. — А Вы чувствовали его приближение? Вы знаете, когда кто-то мимо пройдет — волна, ветерок какой-то может? — Нет, не чувствовал. — Такого не было? — Нет. — Михаил, какое-то время назад Вы видели себя в образе Михаила Архангела. — Да. — Вы в то время себя осознавали кем — Михаилом В. или Михаилом Архангелом? — В реинкарнации Михаила Архангела в виде Михаила В. — То есть, всё же Вы были Михаилом В. — собой? — Я бы так не сказал. Я больше думал, что я Архангел Михаил, чем Михаил В. — И где Вы находились в то время? На земле, в реальной обстановке? — Нет, на земле, в реальной обстановке. — Или где-нибудь, в каких-то космических заоблачных далях, высотах? — Такое тоже было, но... — Фантастическое? — ... фантастического. ... открыл глаза, я с открытыми глазами просто лежал, отдыхал. Фантастически было, что в какой-то мир переносился, мне казалось... — Казалось. И тогда Вы ощущали себя Архангелом Михаилом? — Я Архангелом Михаилом себя ощущал даже тогда, когда у меня были открытые глаза, я шел в церковь. — Вот так? — Я принимал это как за дань. — Но Архангел Михаил — это уже не Михаил В., я так понимаю, это нечто другое... Это уже другая личность. — Но я всё равно оставался Михаилом В., потому что у меня была мама, сестра, которая мчалась к сыну, домой, к которой я мчался, всё время домой и не знала, кто я. — Ну, да. Пожалуйста, еще вопросы, доктора.

— Какое настроение у Вас? — Сейчас? На самом деле повышенное, хорошее.

— Михаил, а можно пару вопросов по поводу употребления всяческих курительных смесей? Почему выбор пал именно на них, на марихуану, “спайс”? Ведь масса сейчас всяких веществ. Почему именно курительные смеси? И если бы марихуану можно было бы внутривенно ввести, Вы бы это делали или нет? — Скорее всего, я бы этого не делал. Потому что я не считаю, что наркотики трогаются внутривенно. Можно назвать их хотя бы чуть-чуть слабыми. Я считаю, марихуана — слабый наркотик, а вот “спайс” — нет. Но “спайс” вызывает зависимость.

Ведущий. “Спайс” — это сильный наркотик, да? — Да.

— А скажите, пожалуйста, вот Ваша жизнь вне больницы, как она протекает? У Вас много друзей? Круг общения большой у Вас? — *Ну, за последние 1,5 года всё изменилось. И у меня маленький круг общения, я практически ни с кем не общаюсь. То есть, все как-то разбежались. Вот только на Новый год собираемся встретиться.* — Есть такое впечатление, что какое-то одиночество наступило? — *Да.* — А Ваши отношения с мамой, скажите, на протяжении этих 2–3 лет, они изменились как-то? — *Ну, вообще изменились.* — В какую сторону? Вы сблизились или, наоборот, отдалились? — *Но вот после того, как я вернулся из этой больницы первый раз, мы сблизились. А перед этим у нас как-то всё не очень было.* — Есть такое впечатление, что Ваши отношения с мамой, они меняются, тут какие-то такие полярные изменения? — *Сейчас уже нет.* — То какая-то эмоциональная близость, то какой-то холод душевный наступает? — *Но сейчас вроде бы уже нет. Но вообще, да, было такое.* — Спасибо.

Ведущий. Как-то Вы суше стали в эмоциональном плане, равнодушнее к родителям? Есть такое? Это Вы отмечаете сами? — *Да, вообще такое есть. Но это было перед тем, как я попал сюда.* — А сейчас? — *Ну, а сейчас нет, сейчас...* — Тепло возобновилась, теплое такое отношение ...? — *Я первый раз вернулся отсюда, я же еще, были какие-то таблетки прописаны, под действием этих таблеток у меня началась грусть, усталость. Ну, в общем, я ...* — Скажите, а в детстве Вы каким были? — *Веселый.* — Веселый? — *Да.* — Веселый, общительный, коммуникабельный? — *Не сказал бы, что вообще коммуникабельный, общительный. Но всегда было с кем пообщаться, всегда были друзья, мы играть ходили постоянно.*

— Вот насчет друзей. Остались ли старые контакты? Есть ли у Вас друзья? Много ли их сейчас? Это первое. И второе. Как Вы проводите свободное время? Чем Вы занимаетесь? Есть ли у Вас хобби или какие-то увлечения? — *Но сейчас друзей практически не осталось. Контактных очень мало. Ну, вот общаюсь даже “В Контакте”, в социальной сети с 2–3 людьми, не больше. А раньше было гораздо больше. Ну, успокоение нахожу в компьютерных играх.* — Какие игры? Можете назвать какие-то? — *“Хант”.* Я вот иногда могу себе позволить поиграть в “Хант”, но это очень редко, потому что я не очень люблю компьютерные игры. Они мне не очень нравятся. — Это какие-то “стрелялки” или ...? — *Стратегия.* — То есть, в принципе это то, что относится к свободному времени, Вы сидите за компьютером, в основном один? — *Нет. В свободное время еще учусь просто. И как бы в последнее время просто учусь, посижу дома 2 часика и спать ложусь. И так вот проснулся опять, вот в 5–6 лег, проснулся в 8 — и на учебу.* — А где Вы учитесь? — *Я не говорил, где я учусь. Вообще в КАМС-17 — Колледж архитектуры и менеджмента в строительстве № 17.*

Ведущий. Это кем Вы будете? — *Специалист по земельно-имущественным отношениям.* — Это больше юридическое или больше архитектурное ...? — *Честно говоря, я сам не знаю, правда. Я первый раз попал туда случайно, потому что мне нужно было что-то делать — либо работать, либо учиться. Работу я себе так и не нашел, поэтому решил попробовать себя в учебе и попал туда.* — Скажите, а с девушками как у Вас взаимоотношения? Есть подружки? — *Раньше всё было отлично и легко, а сейчас всё сложно.* — Что значит “всё сложно”? — *Нет никаких знакомых, я последние года 2 ни с кем не общался.* — Да? Отчего так? — *Просто я пытаюсь общаться, общаться получается, а потом, бац, да, и ничего вообще.*

— Скажите, пожалуйста, Михаил, а нет опасений, что преследование со стороны призраков, вот эти воздействия возобновятся? — *Ну, вообще нет никаких опасений.* — То есть, больше не будет? — *Но я думаю, что если даже будет, то бояться в принципе нечего.* — Почему? — *Потому что в принципе, может быть, тогда к этому буду просто готовый. Не понимать, что это всё абсурд и бред, тогда можно как-то дотянуть.*

— Скажите, пожалуйста, а вот в плане употребления наркотических веществ, Вы какие-то выводы делаете сейчас или нет? Вы бросали уже? Что Вас заставило потом возобновить? Вы же знали, чем это всё кончается? — *Но вообще, да. Но просто это было довольно сложно, когда нечем занять время, начинаются мысли только об этом. И сейчас я вот просто бросил и уже не употребляю* — Сколько Вы уже не употребляете? — *Где-то месяца 2–3.* — У Вас какие были максимальные перерывы? — *И Максимальные перерывы? За год или вообще всего? Ну, где-то дней 5–6.* — А остальное всё время Вы себе создаете тунус? — *Ну, просто была возможность.* — Ну, а сейчас будет возможность? — *Сейчас будет возможность — я не стану ей пользоваться. Просто, это невесело, когда у тебя голоса в голове и вообще не пойми что творится около тебя.* — Спасибо.

— А все-таки вот кем хотелось бы Вам стать, чем хотелось бы заниматься в жизни? — *В жизни?* — *Да.* Ну, какие дела как-то оживляли бы Вашу душу, приносили бы удовольствие? — *Не знаю даже.* — Даже не знаете? — *Овощеводство какое-нибудь.* — Может, творчество какое? — *Нет, овощеводство.* — А вот как можно быть творческим человеком в овощеводстве? — *Но я не знаю, какое творчество в овощеводстве?* — А как Вы себе это представляете? — *Ну, например, покупать разные сорта помидоров. Разные сорта помидоров сажать их, и выращивать.* — А что такое творчество? — *Творчество? Это занятие, в которое мы выплескиваем не только душу, но и свое сознание. Ну, отдаем себе всему и просто распространяем это на картинах, на деревьях — где угодно.* — Ну, а если отдаваться копанию ямы лопатой? Это тоже можно назвать творчеством? — *Ну, смотря, для*

чего это делается. Если, допустим, делается... — Колодец копает человек. — В принципе к этому можно подойти творчески. Например, как-то в виде зигзагов вырывать землю или еще как-то. — Значит, творчество это когда человек работает от души, да? — По-моему, да. — Скажите, из фильмов, из книг Вам что-нибудь понравилось, запало в душу, вспоминается? — Ну, вспоминается. Последний раз я смотрел фильм “Хроники Ридика-2” и мне понравился этот фильм. — Это о чем там? — Это о том, как... Я даже не знаю, как рассказать об этом фильме. Ну, как один парень в первую очередь... Я должен рассказывать первую и вторую тогда часть и уж потом “Хроники Ридика-2”. — Ну, а в нескольких словах, о чем там? — О том, как он выжил в пустыне на другой планете. — То есть, это фантастика? — Да. — И фантастику Вы любите читать? — Да. — Скажите, а чем отличается фантастика от реальности? — Потому что фантастика — это вымышленный мир, а реальность — это реальный мир, в котором не могут быть таких фантастических вещей, как прыжок на 10 метров. — Ну и последнее: в чем все-таки болезнь Ваша? — Я не знаю. Не мне судить. — Ведь Вы говорите, что “я все-таки болен”? — Но я знаю, что я в принципе болен. Но я не знаю, чем. — Нет, не важен диагноз. А в чем проявляется болезнь? — Проявляется в том, что у меня появляются голоса, галлюцинации. И я так в последнее время очень вялый. — А эти “голоса”, они так уж мешают Вам жить? — Вообще? — Вот их давно нет. — Ну, давно нет, просто пока что нет, и слава Богу. — Но так сейчас Вы здоровы? — Сейчас? Не думаю. — А что больного? — Потому что мелкие галлюцинации остались. — А что больно-го сейчас? — Мелкие галлюцинации.

Ведущий. Зрительные? — Зрительные обманы небольшие, правильно. — Которые краем глаза... — Но вроде я сейчас сидел ... все это время, и у меня через раз, где-то вот там, в правой части поднималась тень. Просто, бац, тень поднялась и рядом ...

— А вот эти краевые галлюцинации, они мучают? — Вообще не очень. Я к ним лояльно отношусь. — Вы к ним привыкли? — Ну, можно сказать и так. — Ну, так болезнь ли это? — Все-таки болезнь. — Потому что вроде как не полагается, да? — Да. Просто не должно быть так. — У других нет? — В принципе, это вообще ничего страшного. Меня даже это толком не отвлекает. Но все-таки неприятно, когда ты лежишь на постели, думаешь, отдыхаешь о чем-то своем, и тут, бац — у тебя в правом уголку глаза какая-то ёлка стоит. Ты поворачиваешься, смотришь на нее, а ее уже там нет. — Понимаю. Ну, а то, что настоящих желаний нет, учиться как-то душа не лежит? — Да. — Вот это не болезнь? — Это тоже проявление болезни, наверное. — А в чем тут болезнь? — Ну, в том, что когда ты поступил учиться и не хочешь учиться — это, наверное, как-то странно.

Ведущий. Отсутствует интерес и желание к учебе, да? — Да. — Скажите, если говорить о Вашей болез-

ни, как Вы считаете, это психическое заболевание или не психическое? — Психическое, скорее всего.

— Будьте любезны, когда Вы чувствуете, чье-то присутствие ..., у Вас чувство тревоги возникает? — Да, небольшое чувство тревоги появляется. — А когда еще такое чувство? — Ну, например, когда я играю в компьютерную игру и меня неожиданно убили. — В игре? — Да. Ну, самый простой пример. — А само по себе такое не бывало, что ни с чем не связано, а вдруг возникает тревога? — Вроде бы не было. — Спасибо.

Ведущий. Если вопросов больше нет, тогда мы Михаила отпустим. Спасибо. Всего доброго! Поправляйтесь, лечитесь! — Удачи! — Вам удачи!

Врач-содокладчик. Это, несомненно, эндогенный больной. Болен с 14 лет, заболевание проявилось психопатоподобной симптоматикой с нарушениями в сфере влечений и проявлениями аутизации. В дальнейшем — присоединение вербального поливокального псевдогаллюциноза, в том числе императивного характера, зрительных псевдогаллюцинаций, включая экстракампинные. Неустойчивые зрительные образы на краю поля зрения расцениваю так, потому что ничего другого я тут подобрать не могу. Присоединение бреда восприятия (тип острого чувственного бреда с фрагментарными бредовыми идеями отношения и преследования), наличие висцерального галлюциноза, а также был эпизод ониризма (экспансивного иллюзорно-бредового), когда он был в ином мире, сражался в виде Михаила Архангела. Все это свидетельствует в пользу эндогенного процесса.

Течение заболевания носит фактически непрерывный характер. В настоящее время присутствуют также дефицитарные проявления — апато-абулия, эмоциональная уплощенность, интеллектуальная непродуктивность. Хотя, очень маловыраженные, и это меня смущает.

Ведущий. Маловыраженный дефект, Вы имеете в виду? — Да, дефект. — Правильно, так оно и есть. Действительно он выражен неглубоко, незначительная. — Неглубоко, очень неглубоко, учитывая ранний дебют заболевания, и такое обилие симптоматики можно было ожидать гораздо худшего.

Но, тем не менее, указанные психопатологические симптомы позволяют говорить о параноидной шизофрении, вероятнее всего, непрерывного течения. Однако начало заболевания в подростковом возрасте, полиморфность патопсихологической симптоматики, высокий удельный вес галлюцинаторных расстройств, особенно наличие зрительных псевдогаллюцинаций, скудность собственно бредовой симптоматики, несистематизированность бреда, эпизоды поведения, сходные с гебефренными, склонность к нелепому фантазированию, требует проведения дифференциальной диагностики с детским типом шизофрении. Поэтому мы и решили его представить на Ваш суд.

Ведущий. Ну, а как Вы полагаете, заболевание началось в 14 или 18 – 19 лет? — Я все-таки думаю, что в 14. Мама говорит, что он в 14 лет изменился резко. Он был ласковый, добрый, всегда была вот некая аморфность. Но вот в 14 лет, после смерти отца, он стал злобным, капризным, раздражительным, ... — *Личность изменилась, радикально.* — Личность, да, вот это мать очень четко подчеркивает, что все проблемы начались в 14 лет. Они к этой дате — смерти отца, возвращаются постоянно — что мать, что он сам.

Ведущий. Еще один вопрос, в отношении Михаила Архангела. Михаил Александрович, Вы это трактуете, как онирический синдром. Как ониризм или онейроид? — Все-таки как ониризм. А эти переживания, тем не менее, они были приурочены ко сну или обязательно? Я понял, что необязательно. — Нет, необязательно. — Да, они были и в дневное время, в бодрствующем состоянии, так сказать. Ну, спасибо.

Кто хочет, высказать свою, иную точку зрения? Больной очень интересен в психопатологическом отношении, потому что здесь представлена вся общая психопатология, с которой начинают обучение молодых врачей.

Пожалуйста, докладчик, Октай Сергеевич.

Врач-докладчик. Я коротко. В целом сказано было всё правильно и хорошо. Но я хочу сказать, как представитель амбулаторной службы... — *А какая разница?* — У нас, скажем так, расширяется область амбулаторно-поликлинической психиатрии. После первой госпитализации был выписан пациент, у которого был купирован аффект, но сохранялись в том же, а может быть в меньшем объеме, галлюцинаторно-бредовые проявления заболевания. Он не стал лечиться у участкового врача-психиатра, отказался принимать лекарства дома, и был направлен на долечивание в дневной стационар. Но здесь есть такой организационный момент — одним из противопоказаний для лечения в дневном стационаре и других амбулаторных службах, кроме участковой службы, является наличие в анамнезе алкогольной и наркотической зависимости. В целом этот пациент мог бы удержаться и на уровне амбулаторной помощи. Но наличие вот этого эпизода с употреблением ПАВ, который является противопоказанием, он не позволил в полной степени использовать наши ресурсы. В том числе, и когда попытались использовать ресурсы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи. Он там удержался всего лишь 5 дней, и в конечном итоге он попадает в стационар. И я хотел сказать об организационном аспекте. То есть, такие пациенты, они не для дневного стационара. Их нельзя выписывать для долечивания в дневном стационаре или других подразделений амбулаторной психиатрической помощи. Ему нужно было продолжать стационарное лечение, либо избрать какие-то другие виды помощи. И выписывать, когда он готов лечиться у участкового психиатра.

Ведущий. А с диагнозом Вы согласны? — С диагнозом я согласен. — *Спасибо. Кто еще желает? Пожалуйста, Марк Евгеньевич.*

М. Е. Бурно. Пациент, как мне видится клинически, не тянется к помощи — ни к лекарственной, ни к психотерапевтической. Не тянется вообще к человеческим отношениям с врачом.

Когда человек заболевает шизофренией уже взрослым, обычно видим более или менее четкую клинику, говоря языком школы Снежневского, — параноидной непрерывно текущей шизофрении, шубообразной, приступообразной, малопрогredientной, вялотекущей, неврозоподобной, психопатоподобной и так далее. А когда заболевание выплывается из детства, то все эти формы переплетаются, перемешиваются между собой. Происходит некая мешанина из различных психопатологических расстройств.

Вот молодой больной пришел к нам. Он внешне как будто бы благополучен. Разве, как говорят порою психиатры, “эндокринный”, с большим животом. Да, это часто бывает эндокринная недостаточность, — когда заболевают в подростковом возрасте. Вообще вид у него “эндокринный”, как говорят иногда старые психиатры. Но если на это не обращать внимания, то вроде бы ничего парень. Рослый парень, девушка могла бы заинтересоваться. А когда начинается разговор с психиатром, то обнаруживается, внутри этой как бы благополучной оболочки, душевный разлад, глубокий дефект. При всем том, что тут и там говорит интересные вещи. Для меня шизофренический дефект выражается, прежде всего, в не критичности к своему поведению, высказываниям, состоянию. Он сейчас, без психотики, толком не понимает: болен он или не болен, в чем болезнь. Однотонен, малодоступен, апатичен. Малодоступен не потому, что хранит в себе, в напряженности своей какую-то бредовую систему, этой системы нет — всё тут фрагментарно, фрагментарные бредовые идеи, как уже говорил. Простите за такое сравнение, это как ёлка, на которой развешаны психопатологические ёлочные игрушки, вот эти фрагменты всяких психопатологических расстройств, они живут как бы каждое само по себе. Нет системы. Он благодушен. Он, в общем, вяло равнодушен к тому, что с ним происходит. Он малодоступен и безразлично отвечает, как очень хорошо доктор тут подчеркивал, “всякое разное” в ответы на один и тот же вопрос — то так, то этак. Может быть, прежде всего, именно потому, что ему это неинтересно. Ему неинтересно самому разобраться: что происходит, в чем картина его теперешнего состояния, от чего просить помощи и надо ли это делать. Всё это вот такое апатическое, в общем, внутреннее, равнодушие с внешней как бы благополучной оболочкой. Вроде бы всё ничего, даже устроился учиться. Оказывается, где-то там учится, потому что надо же учиться в 20 лет, если не работать. А почему ему не хочется учиться, почему ему не хочется работать? Он тоже это не осмысляет и не думает об этом, не заботится об этом и не переживает об

этом. Вот так это и бывает, когда человек заболевает шизофренией в подростковом возрасте или в детстве, и вот за внешней обычной оболочкой прячутся такие фрагменты разнообразных психопатологических расстройств. Владимир Вениаминович так и сказал, что в сущности тут — вся психопатология, вся здесь психиатрия — и экстракампинные галлюцинации, и всякие другие расстройства, и элементы онейроидные.

Ведущий. Вот именно, не ониризм, а онейроидные, когда он Михаил Архангел, что несколько противоречит, простите, диагнозу “параноидной непрерывной шизофрении”, это мы должны признать.

М. Е. Бурно. Да, да. При параноидной шизофрении этого не может быть. Это не по природе параноидной шизофрении. А здесь всё это перемешано. И потом, конечно, и наркотики, и алкоголь, они вносят сюда свою патофизику. И, может быть, с этим связаны всякие там страшные морды, которые он переживал, и всякое другое, он тут об этом рассказывал. Это внешне похоже на переживания алкоголиков, на переживания наркоманов, на рудиментарно психотические переживания. Вот, и что с ним будет, как вот с ним быть? Это, конечно, шизофрения. Но это не есть для меня параноидная шизофрения или шизофрения шубообразная, или тем более шизофрения невротоподобная, психопатоподобная, вялотекущая... — *А какая?* — А вот такая печальная шизофрения, вот такая мозаичная, вперемешку, как это бывает, когда процесс нарушает, разлаживает личность с детства. Груня Ефимовна Сухарева отмечала, что пубертатные формы шизофрении в отличие от детских клинически более разнообразны, сложны. Симптоматика менее стойкая и более полиморфная, нежели у взрослых. Но, может быть, предполагаю, эта разнообразная подростковая нестойкость сохраняется на какое-то время и во взрослости. Больному всего 20 лет.

Как его лечить? Конечно, тут психотропные препараты следует назначать осторожно по причине эндокринной недостаточности. По-моему, здесь на первом месте должна стоять реабилитационная работа, в которой должно быть немало психотерапии. Пациента надо готовить для каких-то простых человеческих, общественно-полезных дел, по возможности, под присмотром.

Он овощами как будто бы интересуется. Не думаю, чтобы он стал овощеводом. Но что-то помогать в этом деле, может быть, и сможет. А вообще трудно тут предугадать рабочий прогноз и вообще прогноз в случае основательной квалифицированной психосоциальной реабилитации.

Диагноз: шизофрения с полиморфной картиной, начавшаяся в пубертатном возрасте.

Ведущий. Спасибо Вам. Еще есть желающие? С иной точкой зрения?

Валерий Кажин. Я вообще из Германии, полжизни живу и работаю в Баварии. И я увидел этого пациента чисто “немецкими” или “русско-немецкими” глазами. В принципе — это типичный пациент Герма-

нии: молодой, неизвестно, что он принимал, наркотики распространены. Анамнеза никогда до конца мы не узнаем, не узнаем, в каком дискозаведении ему впервые предложили и насыпали этот “спайс”. Но может быть, он употреблял “спайс” потому, что у него была негативная симптоматика. Люди занимаются самолечением, это понятно, а у него была тоска, и не было тонуса. Но для этого есть “спид”, “спайс” и т.д.

В Германии средняя продолжительность лечения в стационаре 22 дня. Это очень короткий срок. Но я предполагаю, что такой пациент, очень быстро оказался бы в реабилитационном учреждении, причем именно в профессиональной реабилитации. И он бы там где-то работал, в том числе в огороде. Был бы под “присмотром” и получал, в том числе, и профессиональное образование. В Германии это очень развито, там около 40 реабилитационных учреждений, и пациенты — молодые пациенты — очень быстро там оказываются. — *Добровольно? А если бы он не захотел?* — Добровольно. Надо убеждать, и родители должны здесь тоже помочь.

Ведущий. Мне остается завершать. Уважаемые коллеги! Я очень рад, я хочу поблагодарить докладчиков, потому что был представлен в психопатологическом плане очень интересный случай. Случай, который продемонстрировал практически всю общую психопатологию. Но я скажу сразу, что я согласен, что это шизофрения, но я не могу согласиться с диагнозом непрерывной параноидной формой шизофрении. Если следовать канонам МКБ-10, которые нам навязаны, то мы должны в данном случае поставить диагноз параноидной с периодическим течением, то есть, то, что раньше называлось “приступообразная параноидная шизофрения”. И в пользу этого говорит несколько моментов.

Я согласен, что вообще вся симптоматика, которая присутствует и присутствовала у этого больного, включает в себя, по меньшей мере, явления двух крупных регистров. Один регистр — это действительно галлюцинаторно-параноидный, который включает голоса, псевдогаллюцинации, идеи воздействия, зрительные псевдогаллюцинаторные феномены, экстракампинные галлюцинации. В какой-то мере, естественно, симптомы первого ранга здесь: призраки управляли его руками, его действиями, заставляли делать то или иное действие. Это синдром Кандинского-Клерамбо в нашем понимании или симптомы первого ранга по Шнайдеру, которые являются индикатором, которые свидетельствуют, в общем, о параноидной структуре синдрома.

Но, с другой стороны, здесь есть определенная атипичия, в виде того, что высока представленность аффективного чувственного образного компонента. Значит, имелся острый чувственный бред, имелись явления онейроида. Все же я позволю с Вами, Михаил Александрович, не согласиться, что это ониризм. Почему? Потому что ониризм — это, как правило, экзогенный синдром, он приурочен ко сну, он связан со

сном, он иначе называется “бред сновидений” или “онирический синдром”, был описан французским психиатром Режи. Хотя он, конечно, бывает и у больных шизофренией, которые испытывают определенную экзогенную вредность или у которых имеется наряду с шизофренией церебральная органическая недостаточность.

Но что характерно для онирического синдрома, для ониризма? Сохраненная аутоидентификация. Хотя больной может витать в каких-то космических мирах, как правило, это переживания левитации, больные, как правило, видят свое тело сверху из состояния полета, когда они путешествуют, они видят свою телесную соматическую оболочку, которая распластанная лежит на кушетке, на диване, на кровати и так далее. Но при этом сохраняется аутоидентификация.

У этого больного, заметьте, эти состояния приурочены ко сну не были, то есть, могли быть и в ночное время, но и в дневное, в бодрствующее. И, во-вторых, когда он ощущал себя Михаилом Архангелом, он переставал ощущать себя Михаилом В., и это уже, нарушенная аутоидентификация. А нарушение аутоидентификации характеризует, как правило, онейроидный синдром. Я не могу сказать, что это был стойкий классический в Майер-Гроссовском понимании онейроид. Но вот такие онейроидные вкрапления, включения здесь были.

Наряду с этим были явления острого чувственного бреда, был высок удельный вес чувственного компонента. Да, депрессивный аффект в анамнезе и маниакальный после “спайса”. И тот факт, что ему назначались вальпроаты. Знаете, при непрерывной параноидной шизофрении вальпроаты и карбамазепин бессмысленно назначать, они ничего не сделают. При непрерывной параноидной шизофрении не всегда эффекта можно добиться с помощью галоперидола и трифтазина. А ему помогают вальпроаты в комби-

нации с сероквелем, да, ну, с его аналогом. Сероквель на галлюцинаторно-параноидную симптоматику, с моей точки зрения, слабо влияет или не влияет вообще. Это не рисперидон, не рисполепт. В общем, сероквель — это, будем откровенны, слабый нейрелептик. Это нейрелептик, который используется сейчас и позиционируется для лечения аффективно-бредовых, шизоаффективных психозов в рамках, скажем, шизоаффективного расстройства. Но для шизоаффективного расстройства с эффектом используются и нормотики, вальпроаты, в том числе и карбамазепин. Понимаете, и вот эксювантибус это лишний раз подчеркивает, что это не классическая, не чистая параноидная форма, а это параноидная, но то, что раньше называлось приступообразная. Или еще был такой хороший удобный термин, ну вот Марк Евгеньевич не согласен, что это приступообразно-прогредиентная или шубообразная шизофрения. Изменения личности есть. Но личность сейчас, допустим, вне психоза, регистр переживаний другой. Критика не полная, но она есть. Не полная, но критика говорит о том, что это не непрерывно текущая параноидная шизофрения. Больного с непрерывно текущей параноидной шизофренией ни с кем не спутаешь, это остаточная параноидная или галлюцинаторная, или галлюцинаторно-параноидная симптоматика: всегда должна быть идея преследования, всегда настороженность, озлобленность, готовность, подозрительность, и так далее. Здесь типаж личностный другой. Он эндогенный, конечно, больной. Но форма! Если следовать канонам МКБ-10, это параноидная шизофрения с периодическим, прерывистым течением. И в пользу этого говорят включения аффективно-бредовые, радикал чувственного компонента.

Ну, и лечение. Вы нащупали схему, которая помогает, которая работает и которую надо, видимо, впредь использовать.

Пример смертельной опасности неадекватной полипсихотерапии

А. В. Кучаева, Д. Г. Семенихин¹

Вашему вниманию представляется ретроспективный клинический разбор истории болезни пациентки В.Г., 1961 г.р., (52 года) с диагнозом: депрессивный синдром с психотическими проявлениями, F32.3, находившейся на лечении в психиатрическом стационаре с 29.03.13. по 27.07.13. Основание для госпитализа-

ции: суицидальная попытка (выпила средство от колорадских жуков).

Анамнез жизни (со слов больной, по данным истории болезни): наследственность не отягощена, раннее развитие без особенностей, окончила 10 классов, училище по специальности машинист, замужем с 23 лет, муж злоупотреблял алкоголем, 2-е детей, дочь инвалид I группы по неврологическому заболеванию, требует постоянного ухода. Сахарный диабет, туберкулез, гепатит, оперативные вмешательства от-

¹ Казанская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации.

рицает. Анамнестические сведения о перенесенных заболеваниях отсутствуют.

Соматический статус: астенического телосложения, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, ЧД — 19 в мин. Пульс ритмичный, 82 удара в мин. Артериальное давление 110/80. Температура тела — 36,7, сердечные тоны ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей. Вес 59 кг.

Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь, 2 стадия, риск 3, дисциркуляторная энцефалопатия с микроочаговой симптоматикой. Ангипатия сетчатки. На момент осмотра в приемном отделении: соматическое состояние без особенностей.

Психический статус: ориентирована правильно в месте, во времени, собственной личности, разговаривает тихим голосом, речь монотонная, выражение лица грустное, мимика невыразительная. Фон настроения снижен. На вопросы отвечает формально, односложно. Жалуется на нарушенный сон, тревогу, высказывает идеи самообвинения, говорит, что “тревожится о состоянии дочери”, “не представляет, кто будет заботиться о дочери в дальнейшем”. Мышление последовательное, замедленное по темпу. Галлюцинаторно-бредовой продукции не обнаруживает.

Выписки из листа врачебных назначений, дневниковые записи истории болезни В.Г. и осмотры врачей-консультантов.

С 29.03.13. по 09.04.13 пациентке были назначены лекарственные средства: левомепромазин 1,0 мл в/м — 2 раза/сут; амитриптилин 2,0 мл в/м — 3 раза/сут; сульпирид 2,0 мл в/м — 2 раза/сут; тригексифенидил 2 мг — 2 раза/сут; трифтазин 5 мг — 2 раза/сут; амитриптилин 25 мг — 3 раза/сут; лизиноприл 5 мг/сут; натрия хлорид 400,0 мл — 2 раза/сут, в/в; аскорбиновая кислота 5,0 мл в/м — 2 раза/сут; пирацетам 10,0 мл в/м — 2 раза/сут; бисакодил 10 мг/сут; диазепам 2,0 мл/сут, в/м.

04.04.13. Осмотрена врачом-терапевтом. Высказывает жалобы на сердцебиение, АД 140/90. Диагноз: гипертоническая болезнь, 2 стадия, риск 3. Общее состояние удовлетворительное. Рекомендовано: контроль артериального давления.

09.04.13. Осмотрена врачом-неврологом, диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия с микроочаговой симптоматикой.

09.04.13. Психическое состояние без изменений, высказывает идеи самообвинения, отказывается от еды, фон настроения снижен, речь монотонная, обман восприятия отрицает.

С 09.04.13. по 22.04.13 были отменены лекарственные средства: левомепромазин в/м, амитриптилин в/м, сульпирид (эглонил). К терапии были добавлены следующие лекарственные средства: тиоридазин 25 мг — 2 раза/сут; мексидол — 2,0 мл/сут., в/м; трифтазин 2,0 мл/сут., в/м; витамин В6 — 3,0 мл/сут., в/м; дифенгидрамин 2,0 мл/сут., в/м; пиразидол 25 мг/сут. В остальном, фармакотерапия осталась

прежней. Мотивы изменения схемы лечения в истории болезни не указаны.

20.04.13. Осмотрена врачом — неврологом, диагноз: нейролептический синдром.

С 22.04.13 по 08.05.13 к лекарственной терапии были добавлены препараты: перфеназин 4 мг — 2 раза/сут., амантадин — 100 мг/сут., отменен амитриптилин.

С 09.05.13 по 17.05.13 к предшествующей терапии дополнительно были назначены: кофеин-бензоат натрия 2,0 мл — 2 раза/сут., в/м; натрия ацетат + натрия хлорид — 400,0 мл/сут, в/в.

15.05.13. Психическое состояние пациентки В.Г. без изменений, жалуется на задержку мочеиспускания, задержку стула.

16.05.13. Осмотрена врачом-хирургом, диагноз: копростаз.

17.05.13. Осмотрена врачом — неврологом, диагноз: нейролептический синдром, Т — 36,5; АД — 110/80. В ОАК — СОЭ 28 мм/час, Нв — 92 г/л, ОАМ — белок 0,099 г/л. Рекомендовано назначение антибактериальной терапии.

С 18.05.13. по 28.05.13 отменены: трифтазин, пиразидол, амантадин, перфеназин, кофеин-бензоат натрия, в дополнение к предшествующей терапии назначены: цефтриаксон 1,0 мл в/м — 2 раза/сут., кветиапин 100 мг — 2 раза/сут., норфлоксацин 400 мг — 2 раза/сут., милнаципран 25 мг — 2 раза/сут., галоперидол 1,0 мл в/м — 2 раза/сут.

18.05.13. Осмотрена врачом — терапевтом, диагноз: хронический пиелонефрит в стадии обострения.

20.05.13. Больная сообщила, что не может глотать, принимать пищу, что у нее пропадает голос. Во время беседы плаксива, тревожна, неусидчива, переживаниями не делится, на вопрос, слышите ли Вы “голос” — отвечает, “может и слышу”, в остальном психическое состояние без изменений.

С 29.05.13 по 13.06.13 отменены следующие лекарственные средства: норфлоксацин, кветиапин; назначен — пипофезин 25 мг — 2 раза/сут., хлоропирамин — 25 мг/сут.

29.05.13. Больная внешне неопрятна, от еды отказывается, на вопросы отвечает односложно, эмоционально снижена, АД 110/80, Т — 36,7, в области шеи и груди отмечается гиперемия.

31.05.13. Осмотрена врачом-терапевтом, диагноз: пиелонефрит в стадии ремиссии.

31.05.13. Электрокардиограмма — без особенностей.

С 14.06.13 по 21.06.13 отменен галоперидол, милнаципран; к фармакотерапии добавлены: кломипрамин 2,0 мл — 2 раза/сут., кломипрамин 50 мг — 2 раза/сут; сульпирид (эглонил) 2,0мл — 2 раза/сут., в/м; феназепам 2 мг/сут.

21.06.13. Поступила в отделение реанимации и терапии психиатрического стационара, основание к госпитализации: отказ от еды, перестала разговаривать, контактировать с больными по палате, родными.

Внешне: неряшлива, двигательльно заторможена; контакту недоступна, на вопросы не отвечает, мышление малопродуктивно, эмоционально снижена, галлюцинозную-бредовую продукцию выявить не удастся. Вес 52 кг.

22.07.13. Биохимия крови: билирубин общий 27,9 мкм/л, билирубин прямой — 18 мкм/л, мочевины 24,6 мм/л, белок 88 г/л, АЛТ — 70 ммоль/л., АСТ — 43 ммоль/л.

27.07.13. На электрокардиограмме — синусовая тахикардия 130 ударов в минуту, во 2 отведении слабоотрицательный зубец Т.

Реанимационные мероприятия были проведены в полном объеме, документально **зафиксирован летальный исход. Причина смерти:** нозокомиальная пневмония, отек легких, миокардиодистрофия, токсический гепатит с синдромом холестаза, цитолиза, нейролептический синдром на фоне метаболических нарушений. Последствия органического поражения головного мозга, в форме 2-х сторонней пирамидной недостаточности, кахексия, тяжелый депрессивный эпизод с психотическими и соматическими симптомами.

Заключение: Анализируя данные истории болезни больной В.Г., 1961 г.р., находившейся на стационарном лечении в психиатрическом стационаре с 29.03.13. по 27.07.13 с диагнозом: депрессивный синдром с психотическими проявлениями, МКБ 10 — F32.3, можно сделать вывод о частой смене психотропных лекарственных средств, что противоречит международным рекомендациям, и не позволяет судить об эффективности или неэффективности назначаемых лекарственных средств. Изменение схемы лечения на протяжении всей госпитализации (с 29.03.13 по 21.06.13) не мотивировано записями о психическом состоянии больной. Препаратами выбора в лечении пациентов с депрессивными расстройствами являются антидепрессанты (уровень доказательности А). Мотивы назначения 1-го, 2-х и 3-х нейролептиков в сочетании с трициклическими антидепрессантами, корректором тригексифенидилом (циклодолом) не ясны и также не соответствуют рекомендациям современных отечественных и международных руководств. Применение в данном случае антипаркинсонического корректора тригексифенидила (циклодола) — 4 мг/сутки с профилактической целью не предупреждает развитие нейролептического синдрома. Назначение трициклического антидепрессанта (амитриптилин) с нейролептиками фенотиазинового ряда (левомепромазин) привело к усилению седативного (больная заторможена, малоподвижна) и антихолинергического эффектов (задержка мочеиспускания). Трициклические антидепрессанты могут подавлять метаболизм фенотиазинов; увеличивается риск раз-

вития нейролептического злокачественного синдрома. Фенотиазины (левомепромазин) способствовали увеличению концентрации циклических антидепрессантов в плазме крови путем подавления их метаболизма (Gill D., Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2012. Oxford: Update Software). В истории болезни № N нет данных, подтверждающих клиническое обоснование к назначению психотропных лекарственных средств в политерапии. Нейролептическое лекарственное средство перфеназин, назначенное с 22.04.13 по 18.05.13, является препаратом с выраженным кардиотоксическим действием, что, возможно, усугубило состояние больной, имеющей в анамнезе сердечно-сосудистую патологию.

Нарушение речи, развившееся у больной В.Г. 20.05.13, связано с действием нейролептиков и указывает на развивающуюся дисфункцию дыхательных путей. При наличии органического поражения головного мозга, предрасполагающего к легкости возникновения побочных эффектов психофармакотерапии, больная не получала адекватных состоянию доз, что способствовало развитию сформировавшегося состояния. Учитывая соматическое состояние больной и массивную психофармакотерапию в течение всей госпитализации в психиатрическом стационаре за весь период госпитализации (с 29.03.13 по 21.06.13), необходимо было провести исследования функционального состояния печени. До появления утяжеления соматического статуса, согласно истории болезни № N, осмотры больной терапевтом были редки и малоинформативны 04.04.13., 18.05.13., 31.05.13.

Действие неадекватно применяемых психотропных лекарственных средств, наличие побочных эффектов психофармакотерапии в сочетании с акинетическими нарушениями в рамках депрессивного расстройства, привели к малой подвижности больной и способствовали развитию застойной пневмонии.

Соматическое состояние больной В.Г. в отделении реанимации и терапии психиатрического стационара не допускало использования психофармакотерапии, больная получала симптоматическую и дезинтоксикационную терапию. В общем анализе крови от 31.07.13 зафиксирована нарастающая лимфопения — показатель снижения иммунологического статуса, весьма вероятно, связанного с действием нейролептиков, что также облегчало развитие инфекционного процесса.

Следует отметить также, что в соматическом статусе больной при поступлении в психиатрический стационар не имелось предрасполагающих факторов, которые бы привели к развитию патологии, содействующей формированию летального исхода.

Недобровольная госпитализация: приоритет права пациента лично участвовать в судебном рассмотрении дела

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются нормы закона, направленные на обеспечение права пациента лично участвовать в судебном заседании по рассмотрению вопроса о его недобровольной госпитализации. Обращается внимание на пробельность законодательства. Анализируются наиболее типичные ошибки в правоприменительной практике, свидетельствующей о массовом характере нарушений процессуальных прав граждан со стороны психиатрических учреждений и суда.

Ключевые слова: психиатрическая больница; недобровольная госпитализация; права пациента; участие в судебном заседании.

Принудительная изоляция от общества лица, страдающего психическим расстройством, по причине его предполагаемой опасности для себя и (или) окружающих либо в связи с возможностью наступления существенного вреда его здоровью при оставлении без психиатрической помощи происходит путем фактического удержания лица в психиатрическом стационаре. Следовательно, затрагиваются закрепленные Конституцией РФ право на свободу передвижения (ст. 27), право на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22). Предварительный характер решения об изоляции таких лиц, сложность оценки их фактического состояния и отсутствие у них возможности в полном объеме осуществлять защиту своих интересов в суде диктуют необходимость установления особой судебной процедуры и ее строгого соблюдения при рассмотрении такого рода дел¹.

Правосудие по делам данной категории, как и по всем другим гражданским делам, должно осуществляться на началах равенства всех перед законом и судом, на основе состязательности и равноправия сторон, т.е. исходить из требований ст. 6 и 12 ГПК РФ. Согласно положениям ч. 2 ст. 34 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 ч. 1 ст. 304 ГПК РФ **лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о**

его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении данного вопроса в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.²

Эта норма содержит несколько важных положений, но вместе с тем и ряд существенных пробелов, которые нуждаются в комментарии.

1. Как следует из закона, *лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, не может быть со ссылкой на его психическое состояние лишено права участвовать в судебном заседании.* Такое лицо пользуется равными правами с представителем психиатрического учреждения, участие которого в слушании дела обязательно. Являясь заинтересованным лицом в процессе, госпитализированный приобретает статус лица, участвующего в деле (ст. 34 и ч. 2 ст. 263 ГПК РФ). В этом качестве в соответствии со ст. 35 ГПК РФ он имеет право знакомиться со всеми представленными в суд материалами, делать выписки из них, снимать копии, заявлять отводы, представлять доказательства и участвовать в их исследовании. Он вправе задавать вопросы другим лицам, участвующим в деле, свидетелям, экспертам, специалистам, заявлять ходатайства, в т.ч. об

¹ Пункт 2 Определения Конституционного Суда РФ от 5 марта 2009 г. № 544-О-П “По жалобе гражданки Хорошавцевой Надежды Николаевны на нарушение ее конституционных прав рядом положений Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации”.

² Текст нормы приведен в редакции Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

истребовании доказательств, давать объяснения суду в устной и письменной форме, приводить свои доводы по всем возникающим в ходе судебного разбирательства вопросам, возражать относительно ходатайств и доводов других лиц, участвующих в деле, обжаловать судебные постановления, использовать другие процессуальные права.

Закон не позволяет рассматривать дело о недобровольной госпитализации заочно, за исключением случаев, когда лицо лично или через своего представителя заявит ходатайство о рассмотрении заявления больницы в его отсутствие. То есть в случае, если лицо при сохранении способности к волеизъявлению откажется от возможности воспользоваться правом личного участия в судебном заседании при условии, что это право ему было предоставлено. При этом, как указывается в постановлении Пленума Верховного Суда РФ 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”, волеизъявление лица, связанное с отказом от реализации своих прав и свобод, может быть отражено в его письменном заявлении, протоколе, иных документах, имеющихся в материалах дела и явно свидетельствующих о таком отказе.

Однако с учетом того, что лицо было помещено в стационар без его согласия, его отказ от участия в судебной процедуре по проверке обоснованности такой госпитализации — явление крайне редкое. В нашей практике имелся лишь один подобный случай, когда пациент, опасаясь произвести на суд “неправильное” впечатление, вполне осознанно предпочел участвовать в судебном заседании не лично, а через своего представителя в лице юриста в области медицинского права. Участие в суде представителя госпитализированного лица согласно ч. 3 ст. 34 Закона о психиатрической помощи обязательно в любом случае.

Сам факт обращения больницы с заявлением о недобровольной госпитализации не предрешает решение суда и, следовательно, не может являться основанием для лишения этого лица гражданской процессуальной дееспособности, т.е. возможности своими действиями в полном объеме осуществлять принадлежащие ему процессуальные права и выполнять процессуальные обязанности.

Личное участие лица в деле по рассмотрению вопроса о его недобровольной госпитализации не зависит от состояния его здоровья и обеспечено возможностью проведения выездного заседания суда непосредственно в психиатрическом учреждении.³ Представители психиатрической общественности, например Председатель Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов В. Я. Евтушенко, убеждают своих коллег в невозможности рассмотрения дела без участия пациента. В случае, когда пациент по своему состоянию не может прибыть в суд, закон, по их мнению, *обязывает* судью рассматривать дело в психиатрическом учреждении⁴. Отдельные же авторы, в частности А. А. Рождествина, — преподаватель кафедры Поволжского юридического института — полагают, что из текста ст. 34 Закона о психиатрической помощи следует, что участие самого лица, подлежащего госпитализации, в рассмотрении дела *необязательно*⁵. Но в таком случае возникает вопрос: с какой иной целью законодатель предусмотрел выезд суда в помещение стационара, как ни с целью обеспечения личного участия пациента в судебном разбирательстве, чтобы суд имел возможность составить о нем свое мнение и “на месте” проверить обоснованность недобровольной госпитализации?

В регулировании данного вопроса, впрочем, присутствует некоторая недосказанность, которой пользуются суды и администрация стационаров. Нет полной ясности, как должно обеспечиваться в проходящем в стационаре судебном заседании участие пациента, находящегося в тот момент под медикаментозным воздействием или к которому применены меры физического стеснения, в силу чего он лишен возможности передвигаться и (или) осознавать происходящее. Обязан ли в таких случаях судья вместе с прокурором, другими участниками процесса организовать слушания непосредственно в палате у постели больного? На практике этот вопрос решается по-разному, исходя из установок судьи и медперсонала.

Есть и еще один аспект проблемы. Существует мнение, что необходимость рассмотрения заявления в психиатрическом стационаре возникает только в тех случаях, когда гражданин по своему психическому состоянию не может быть доставлен в помещение суда, однако способен давать какие-либо пояснения по вопросу его госпитализации непосредственно в

³ В первоначальном проекте (№ 30531-3) ГПК РФ 2000 г. местом рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации лица предусматривалось исключительно помещение психиатрического учреждения (ст. 294), что, на наш взгляд, разумно. При этом личное участие лица в судебном заседании не ставилось в зависимость от его психического состояния. Интерес представляет также другая норма, не вошедшая в окончательный вариант ГПК РФ. Представителю лица, в отношении которого решался вопрос о госпитализации, планировалось предоставить возможность не менее суток непрерывно находиться с ним в одном помещении и контролировать все процедуры, применяемые к последнему.

⁴ *Евтушенко В. Я.* Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в вопросах и ответах. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. С. 255.

⁵ Комментарий к Закону РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (постатейный) (Рождествина А. А.) Подготовлен для системы КонсультантПлюс, 2006.

стационаре. Причем данная точка зрения не вступает в противоречие с нормой закона, поскольку в законе указывается на рассмотрение заявления в стационаре не в случае, когда лицо вообще не способно давать какие-либо пояснения, а лишь в случае, когда оно не может находиться в помещении суда.

По мнению Кемеровского областного суда, в связи с тем, что данная норма закона в этой части не конкретизирована и истолковывается правоприменителем неоднозначно, она подлежит разъяснению Верховным Судом РФ, поскольку не ясен смысл рассмотрения дела в условиях стационара в ситуации, когда гражданин, страдающий психическим расстройством, полностью не способен отдавать отчет в своих действиях, осознавать происходящее и участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации⁶. Анализ судебной практики, проведенный в 2004 г. в данном регионе, свидетельствовал о том, что в большинстве случаев судьи в своем решении вообще не конкретизировали место рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации. Значительное количество заявлений рассматривалось судьями в помещении суда, как с участием лиц, помещенных в стационар в недобровольном порядке, так и в их отсутствие, если по сведениям, полученным от представителя психиатрического стационара, лицо не в состоянии участвовать в рассмотрении заявления и давать пояснения.

По нашему мнению, перед врачами-психиатрами должна стоять задача минимум: *дать заключение о невозможности лица не участвовать, а, скорее, присутствовать в судебном заседании в помещении суда*. Возможность участия (активного включения) такого лица в процессе, т.е. способность в той или иной мере эффективно защищать свои права и законные интересы, должна устанавливаться судом. Судья, прокурор, другие участники процесса вправе задавать лицу вопросы с целью определения его психического состояния и нуждемости в стационарном лечении без его согласия. Суд вправе дать оценку пояснениям пациента, определиться в вопросе о том, как к ним следует относиться, можно ли рассматривать их как доказательство по делу, принять соответствующее решение по заявленным пациентом ходатайствам.

2. Как следует из закона, на психиатрическое учреждение возлагается обязанность в случае необходимости предоставить в суд сведения о том, что психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении данного вопроса *в помещении суда*. То есть указанные сведения должны касаться не вообще (в принципе) возможности уча-

ствия лица в данном судебном заседании, а лишь в заседании, проводимом в здании суда. Лечебному учреждению, поэтому, не следует выходить за пределы своих полномочий. Иначе подобная практика может привести к нарушению процессуальных прав лица, судебным ошибкам, обжалованию решения суда, а впоследствии к его отмене вышестоящим судом и судебным искам пациента.

3. Закон не устанавливает, на основании каких *критериев* определяется, возможна ли (или невозможна) личная явка лица в помещение суда. Такая неопределенность допускает неоднозначное истолкование нормы и, следовательно, произвольное применение положения ч. 1 ст. 304 ГПК РФ как составной части процессуального механизма, регулирующего производство по делам о недобровольной госпитализации, рассматриваемым судом в порядке особого производства. Тем самым нарушается общеправовой принцип формального равенства, закрепленный ст. 19 Конституции РФ.

Похожая неопределенность⁷ до недавнего времени существовала и в норме, регулировавшей процедуру признания лица недееспособным. В прежней редакции ч. 1 ст. 284 ГПК РФ говорилось, что гражданин, в отношении которого рассматривается данное дело, должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья. В правоприменительной практике по таким делам заключение судебно-психиатрической экспертизы о невозможности лица по характеру заболевания присутствовать в судебном заседании рассматривалось как достаточное основание для того, чтобы не вызывать его в суд. В результате такое лицо лишалось своих процессуальных прав, что не позволяло с достаточной полнотой установить обстоятельства дела. По этому поводу Конституционный Суд РФ в своем Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова П. В. указал, что такая мера — исходя из требований ч. 3 ст. 55 Конституции РФ применительно к возможности ограничения прав человека и гражданина — должна применяться лишь в том случае, если она обусловливается характером психического заболевания, его видом и степенью, т.е. отвечает *критериям необходимости и соразмерности* преследуемой цели. Рассмотрение дела в отсутствие самого гражданина (вопреки его желанию), с позиций Конституционного Суда РФ, допустимо лишь при наличии особых обстоятельств, например в случаях, когда существуют

⁶ Обзор судебной практики рассмотрения судами Кемеровской области материалов о принудительной госпитализации граждан в психиатрический стационар, направлении на принудительное психиатрическое освидетельствование. Подготовлен Кемеровским областным судом 7 октября 2004 г. № 01-19/468.

⁷ Аналогичного рода неопределенность присутствует в регулировании вопроса об участии лица в судебном рассмотрении его жалобы на действия медработников, врачебных комиссий, нарушившие его права и законные интересы при оказании ему психиатрической помощи (ч. 2 ст. 48 Закона о психиатрической помощи). Как следует из закона, участие такого лица в судебном заседании является обязательным при условии, если это позволяет его психическое состояние.

достаточные основания предполагать, что лицо представляет *реальную* опасность для окружающих либо состояние здоровья не позволяет ему предстать перед судом. Однако и в этих случаях *предпочтительно личное ознакомление суда с его состоянием*, для того чтобы выяснить реальную способность гражданина присутствовать в судебном заседании и предупредить случаи необоснованного лишения его статуса дееспособного лица. Позиция Конституционного Суда РФ нашла отражение в новой редакции ч. 1 ст. 284 ГПК РФ. Согласно этой норме гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, должен быть вызван в судебное заседание, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, для предоставления ему судом возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей. В случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании создает опасность для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в т.ч. в помещении психиатрического стационара или психоневрологического учреждения, *с участием самого гражданина*. Таким образом, данная норма гарантирует гражданину право лично участвовать в судебном заседании вне зависимости от его психического состояния и более того, она прямо (а не косвенно, как это имеет место в нормах, регулирующих порядок недобровольной госпитализации) устанавливает обязательность такого участия.

Указанная позиция Конституционного Суда, а также принципы и критерии, заложенные в ч. 1 ст. 284 ГПК РФ, могут быть использованы и при определении места проведения судебного заседания по рассмотрению дела о недобровольной госпитализации. Нет сомнений в том, что в случае возможного обращения пациента, в отношении которого было принято заочное решение суда о его недобровольной госпитализации, с жалобой на нарушение его конституционных прав положениями ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи и ч. 1 ст. 304 ГПК РФ Конституционный Суд РФ примет свое решение со ссылкой на приведенную выше правовую позицию.

4. Закон не уточняет, в какой *процедуре* определяется, позволяет ли лицу его психическое состояние лично участвовать в судебном заседании в помещении суда, а также в какой *форме* лечебному учреждению следует предоставлять в суд такие “сведения”. Многие суды требуют от больниц указывать данную информацию в заявлении о недобровольной госпитализации. Такую рекомендацию дает, например, Свердловский областной суд⁸. Однако она представляется не вполне обоснованной. С момента подготовки заявления в суд до момента проведения судебного заседания обычно проходит несколько дней, в течение которых состояние пациента меняется, и он может приобрести (либо утратить) способность принять участие в судебном заседании в помещении суда.

Суды принимают от больниц информационные сообщения по данному вопросу в устной форме или в виде отдельного документа произвольной формы: телефонограммы, письма, дополнительного врачебного заключения. Последний вариант более предпочтителен, поскольку сведения о невозможности лица участвовать в судебном заседании в помещении суда должны содержать обоснование, которому суд обязан дать оценку еще на стадии подготовки дела, время которой включается в пятидневный срок рассмотрения дела. Такое заключение должно быть основано на освидетельствовании пациента не в первые часы его пребывания в стационаре, в течение которых готовится заключение комиссии врачей об обоснованности проведенной госпитализации, а в день или накануне слушания дела. О том, что такой документ должен именоваться заключением, следует и из ч. 2 ст. 20 Закона о психиатрической помощи, предусматривающей права врача-психиатра и комиссии врачей-психиатров.

Ссылки больницы на отсутствие транспортных средств для доставки пациента в суд, а также какие-либо иные причины, не связанные с психическим состоянием пациента, по которым стационар считает невозможным обеспечить участие пациента в судебном заседании в здании суда, являются неприемлемыми.

По нашему мнению, процедура и форма подготовки требуемых для суда “сведений”, должны быть прописаны в законе. По делу о признании лица недееспособным вопрос о возможности его участия в судебном заседании в помещении суда ставится на разрешение экспертов. Ответ на аналогичный вопрос в отношении недобровольно госпитализированного лица дается теми же медработниками (тем же учреждением), которые и поместили его в стационар против его воли и чье заявление предстоит рассматривать суду. В такой ситуации объективность врачей, подавших сведения в суд о невозможности пациента участвовать в рассмотрении заявления больницы в здании суда, может быть в принципе поставлена под сомнение. В нашей практике имеется случай, когда пациент обвинил врачей, давших заключение о его невозможности участвовать в судебном заседании в здании суда, в том, что они намеренно “утяжелили его диагноз” и хотели еще до начала судебного разбиратель-

⁸ Справка по результатам обобщения практики рассмотрения дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар (о продлении срока принудительной госпитализации) и принудительном психиатрическом освидетельствовании. Подготовлена Свердловским областным судом 23 сентября 2004 г.

ства представить его суду как лицо опасное, заведомо несостоятельное в психиатрическом плане и потому бесспорно нуждающееся в недобровольной госпитализации. Пациент утверждал, что был готов проехать в здание суда и там уже не в больничной одежде “доказать свою адекватность”. Свою позицию пациент продолжал отстаивать и после выписки из стационара, мобилизовав ресурсы всей правоохранительной системы.

5. Сведения, полученные от представителя стационара в отношении невозможности участия пациента в рассмотрении дела в здании суда, *не ограничивают дискрецию суда* при решении вопроса о месте рассмотрения дела. Пациент лишен возможности каким-либо образом оспорить точку зрения представителя стационара о том, что он не в состоянии присутствовать в судебном заседании в помещении суда. Суд обязан удостовериться, что отсутствуют основания сомневаться в достоверности и полноте сведений, представленных врачами-психиатрами в подтверждение необходимости проведения судебного заседания в психиатрическом стационаре. При этом такие сведения в соответствии с ч. 2 ст. 67 ГПК РФ не могут иметь для суда заранее установленной силы и подлежат оценке в совокупности с другими доказательствами на основе внутреннего убеждения судьи.

Правило, закрепленное ч. 2 ст. 34 Закона о психиатрической помощи и ч. 1 ст. 304 ГПК РФ, не может рассматриваться как устанавливающее обязанность (но не право) суда проводить заседание в помещении стационара на основании одного только факта поступления указанной информации от представителя стационара. Под надлежащим отправлением правосудия как элементом гарантии права граждан на судебную защиту подразумевается, в частности, что осуществление правосудия имеет место в определенной обстановке и с определенной атрибутикой, т.е. в зале судебного заседания. Отступления от этого правила возможны только при исключительных обстоятельствах и в любом случае не должны зависеть от усмотрения одного из участников процесса. Указанная правовая позиция выражена Конституционным Судом РФ в Определении от 5 марта 2009 № 544-О-П по жалобе Хорошавцевой Н. Н. и является общеобязательной.

Данное Определение продолжает оставаться простым для восприятия. Судьи, зачастую, трактуют его несколько упрощенно, без учета контекста, что приводит к искажению его смысла. Некоторые судьи понимают его таким образом, что им позволено не выезжать в больницу при наличии информации от врачей, что пациент не может прибыть в здание суда. Они не учитывают, что данное положение применимо при условии, когда суд имеет возможность выслушать позицию всех участников процесса, обеспечивая состязательность и равноправие сторон. По нашему мнению, вывод, который следует из Определения Конституционного Суда РФ по жалобе Хорошавцевой

Н. Н., состоит в том, что судья может посчитать “сведения” врачей по данному вопросу не убедительными и принять решение о слушании дела в помещении суда с вызовом пациента в суд. Такое решение суд может принять как по собственной инициативе, так и по ходатайству пациента.

6. Согласно закону право лично участвовать в судебном заседании пациенту *должно быть предоставлено*. Это правило, зачастую, остается декларацией, поскольку не обеспечено четко прописанным механизмом реализации. Понятно, что обязанность по предоставлению такого права лежит как на суде, так и на лечебном учреждении. Это означает, что в соответствии с общими правилами судопроизводства суд обязан надлежащим образом известить пациента о возбуждении дела о его недобровольной госпитализации, а также о дате, времени и месте слушания дела; исследовать причины его неявки в судебное заседание и др.

Со своей стороны, врачи больницы должны так скорректировать процесс оказания пациенту психиатрической помощи, чтобы он не исключал для пациента возможность присутствовать в судебном заседании, в т.ч. в помещении психиатрического учреждения, обеспечить ему сопровождение в помещение стационара, в котором должно состояться рассмотрение дела. Подобные обязанности медперсонала психиатрического стационара в законе прямо не сформулированы. Однако по смыслу абзацев первого и десятого ст. 39 Закона о психиатрической помощи их можно рассматривать как обязанности по созданию условий для осуществления пациентом своих прав, т.е. отнести их к “иным обязанностям”, вытекающим из соответствующих прав пациента, в данном случае права, предусмотренного ч. 2 ст. 34 данного Закона.

Наиболее типичные ошибки, допускаемые психиатрическими учреждениями, и их последствия можно проиллюстрировать, основываясь на практике ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина и ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского и соответственно Преображенского районного суда г. Москвы, в подсудности которого находится рассмотрение заявлений большинства психиатрических больниц города.

По вопросу о возможности участия недобровольно госпитализированного лица в судебном заседании администрация ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина составляет отдельное заключение, используя специально разработанную для него форму. В резолютивной части данной формы записано следующее: “На основании изложенного, принимая во внимание особенности состояния здоровья (ФИО, год рождения) комиссии пришла к заключению, что в настоящее время его (ее) представление в зал судебного заседания не представляется⁹ возможным, поскольку:

⁹ Текст приводится в редакции документа.

3) присутствие в судебном заседании представляет опасность для его (ее) жизни либо здоровья;

4) его (ее) присутствие в судебном заседании представляет опасность для жизни либо здоровья окружающих

(Постановление Конституционного Суда РФ № 4-П от 27.02.2009)

Подписи членов комиссии”

Проанализируем данный документ. Во-первых, в нём дается заключение о невозможности больницы “представить” лицо в зал суда. Такого заключения закон не требует.

Во-вторых, в нём говорится о присутствии лица “в судебном заседании” без указания главного — места его проведения, как того требует закон. Администрация лечебного учреждения фактически *выходит за пределы своих полномочий*, исключая для пациента возможность личного участия в рассмотрении дела вообще, как в здании суда, так и стационаре.

В-третьих, невозможность присутствия лица в судебном заседании без указания места его проведения связывается исключительно с наличием его опасности для себя или окружающих (возможно, иные состояния пациента изъяты из указанной формы, судя по сбою в нумерации). Такая позиция не может быть признана обоснованной по следующим причинам:

а) разработчики формы использовали фактор опасности лица со ссылкой на Постановление Конституционного Суда по жалобе Штукатурова П. В., касающееся порядка рассмотрения дел о признании лица недееспособным. Однако, как вытекает из данного Постановления и новой редакции абзаца второго ч. 1 ст. 284 ГПК РФ, опасность лица отнюдь не исключает его личного участия в процессе. В случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании по делу о признании его недееспособным создает опасность для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в т.ч. в помещении психиатрического стационара, с участием самого гражданина;

б) недопущение пациентов к участию в деле по причине их опасности лишает фактически всех пациентов, госпитализированных по п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, права лично отстаивать свои интересы в суде, поскольку такие пациенты автоматически подпадают под категорию “опасных” в силу основания для недобровольной госпитализации, предусмотренного данной нормой (“непосредственная опасность для себя или окружающих”).

Еще большее несоответствие закону демонстрируется в тексте заключения, передаваемого в суд врачами ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского. Помимо всех перечисленных выше ошибок своих коллег, врачи этой больницы в нарушение закона называют лицо (пациента) “больным”, а также делают вывод даже не

о “невозможности представления” лица в зал судебного заседания, а о “*нецелесообразности*” этого. Для пациента действительно может оказаться нецелесообразным (бесполезным, нерациональным, неуместным и даже нежелательным) лично присутствовать в суде, но этот вопрос следует решать ему самому (в некоторых случаях его представителю), но никак не врачам, с которыми пациенту предстоит встретиться в судебном заседании по разные стороны.

Данные ошибки могли бы остаться лишь предметом теоретического обсуждения, если бы не последовавшие решения по таким заключениям Преображенского районного суда г. Москвы.

Так, в заключении ПКБ им. П. Б. Ганнушкина от 15 февраля 2013 г. по делу о недобровольной госпитализации гр. С. по п. “а” и “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи было указано, что присутствие гр. С. в судебном заседании представляет опасность для жизни либо здоровья окружающих. В судебном заседании представитель больницы усугубил ситуацию и вместо того, чтобы внести уточнение и просить суд рассмотреть дело в стационаре, заявил ходатайство: “прошу суд рассмотреть дело в отсутствие гр. С.”, которое было судом удовлетворено. Основываясь на данном заключении, суд провел судебное заседание в помещении суда в отсутствие пациента, мотивировав это тем, что комиссия врачей-психиатров пришла к выводу о невозможности присутствия гр. С. в судебном заседании “без относительно места проведения данного заседания”, а рассмотрение вопроса о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар “должно проводиться именно в судебном заседании, а не в ином порядке”. В своем решении от 15 февраля 2013 г. (дело № 2-2106/13) федеральный судья Хуснетдинова А. М. не указала конкретных причин, по которым она пришла к выводу о том, что С. не может давать суду пояснения по вопросу его недобровольной госпитализации и участвовать в выездном судебном заседании, хотя в деле имелось и другое заключение комиссии тех же врачей-психиатров от того же числа, где было записано, что С. “в сознании, ориентирован всесторонне, правильно”.

В решении суда указывалось, что “при рассмотрении данной категории дел суд в *полной* мере *должен* руководствоваться заключениями врачей-психиатров в отношении конкретного гражданина, т.к. только врачу-психиатру либо комиссии врачей-психиатров предоставлено исключительное право оказания медицинской помощи гражданину в недобровольном порядке”. С таким эксклюзивным “принципом” судопроизводства по делам о недобровольной госпитализации никак нельзя согласиться.

Во-первых, из него следует, что никакого судебного разбирательства, судебного контроля обоснованности госпитализации не требуется, поскольку суд в любом случае “должен” руководствоваться только мнением врачей причём “в полной мере”.

Во-вторых, суд неверно истолковывает понятие “исключительное право врача-психиатра”, осуществляя подмену сути понятия. Согласно правовой позиции Конституционного Суда РФ использование термина “исключительное право” означает, что при отсутствии мнения врачей-психиатров о необходимости госпитализации лица в психиатрический стационар госпитализация в стационар невозможна в принципе.¹⁰ Иными словами, как это следует из ч. 2 и 3 ст. 20 Закона о психиатрической помощи, принять решение о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке либо дать заключение для рассмотрения этого вопроса вправе только врач-психиатр, а не врач какой-либо иной специальности или медперсонал. Эти “исключительные” полномочия врача-психиатра, разумеется, не могут затрагивать компетенцию суда. Закон не предполагает возможность свободного усмотрения врача-психиатра: насильственное удержание в стационаре лица, госпитализированного врачом-психиатром, без последующего участия суда невозможно.

Не вытекает из закона соответственно и тезис суда о том, что суду, рассматривающему дело о недобровольной госпитализации, а также адвокату и прокурору не предоставлено право оспаривать заключение комиссии врачей-психиатров о возможности или о невозможности участия конкретного гражданина в судебном заседании по рассмотрению заявления больницы о его недобровольной госпитализации.

Вследствие лишения С. возможности лично участвовать в помещении стационара в рассмотрении вопроса об обоснованности его госпитализации он не мог сообщить суду обстоятельства, которые должны были повлиять на принимаемое судом решение. А именно о том, что поводом для госпитализации послужили его конфликтные отношения с бывшей женой и дочерью из-за раздела имущества супругов и препятствий, которые они чинили ему в пользовании квартирой, где он проживает, являясь ее собственником. Согласно заключению врачей именно слова С. о том, что его бывшая жена и дочь хотят отобрать его имущество, агрессивность и злобность, проявляемая С. по отношению к дочери, были указаны в описании психического статуса С. при постановке диагноза и недобровольной госпитализации.

Как следует из протокола судебного заседания, представитель стационара, ходатайствуя о рассмотрении дела в отсутствие пациента, указал, что С. “были

разъяснены права, предусмотренные ст. 37 Закона о психиатрической помощи (право на защиту, право на заявление ходатайств, дачу объяснений, обжалование решений)”. Такое заявление несостоятельно. Во-первых, перечисленные в скобках права данной нормой не предусматриваются, они являются не “пациентскими”, а процессуальными правами и вытекают из положений ГПК РФ. Разъяснение этих прав — обязанность суда (п. 1 ч. 1 ст. 150, ст. 165 ГПК РФ), а не лечебного учреждения. Во-вторых, примечательно, что, разъясняя пациенту его процессуальные права (если можно верить тому, что они действительно разъяснялись), администрация лечебного учреждения и не собиралась обеспечивать их предоставление.

Прокурор в своем апелляционном представлении указал на незаконность решения суда, на его несоответствие фактическим обстоятельствам дела. По его мнению, судом не исследованы все доказательства; в обоснование решения положено исключительно заключение врачей-психиатров; лицу не предоставлено право лично участвовать в судебном заседании. Прокурор отметил, что представитель больницы в судебном заседании не обосновал необходимость госпитализации лица в недобровольном порядке.

В другом заочно принятом решении Преображенского районного суда г. Москвы (от 10 октября 2012 г. дело № 2-7424/12), в точности совпадающим с приведенным выше решением по делу № 2-2106/13, судья Бехтерева Н. В. указала, что гр. Л. “в судебное заседание не явилась, поскольку по состоянию здоровья участвовать в судебном заседании не может, что подтверждается врачебным заключением ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина”. Далее судья, прикрываясь мнением психиатров, заключает, что “рассмотрение вопроса о госпитализации Л. в судебном заседании с её присутствием будет противоречить мнению комиссии врачей-психиатров”.

При этом в решении суда отсутствует оценка обоснованности применения к Л. п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи. В решении записано: “В соответствии с заключением ВКК от 09.10.2012 больная страдает шизофренией параноидной, что обуславливает ее непосредственную опасность для себя или окружающих...”. Опасность пациентки никак не была обоснована сначала в заключении комиссии врачей-психиатров, а затем и в решении суда и выводилась исключительно из ее диагноза. Не устанавливалось также, для кого именно пациентка представляла такую опасность: для себя и окружающих либо только для себя либо только для окружающих.

В данном деле помимо прочего имело место и нарушение права пациентки на защиту. Позицию, которую занял в суде адвокат Ш., не согласуется с нормами закона и адвокатской этики. Как указано в судебном решении, адвокат “не возражал” против удовлетворения заявления больницы о недобровольной госпитализации Л. В соответствии с подпунктом 3 п. 4 ст. 6

¹⁰ См. п. 2.2. Определения Конституционного Суда РФ от 3 ноября 2009 г. № 1366-О-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Загидулиной Зельфруз Карибулловны на нарушение ее конституционных прав положениями Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации».

Федерального закона “Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации” *адвокат не вправе занимать по делу позицию, противоположную позиции доверителя, и действовать вопреки его воле*, за исключением случаев, когда адвокат убежден в наличии самоговора своего подзащитного. Указанные обязанности распространяются и на участие адвоката в деле по назначению суда, поскольку в силу ст. 6 Кодекса профессиональной этики адвоката доверителем является, в частности лицо, которому адвокатом оказывается юридическая помощь по назначению суда. Речь идет об уважении адвокатом именно *воли*, а не интересов доверителя, даже если это волеизъявление гражданина, имеющего психические расстройства. По аналогии с уголовным судопроизводством, где согласие адвоката с обвинением, если против этого возражает подзащитный, будет являться безусловным нарушением права на защиту, что может повлечь отмену приговора, в делах о недобровольной госпитализации неэффективная помощь адвоката также может привести к отмене решения суда в связи с несоответствием процедуры судебного контроля такой госпитализации требованиям ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, гарантирующей каждому, кто лишен свободы в результате ареста или заключения под стражу, право на безотлагательное рассмотрение судом правомочности его заключения под стражу.

Игнорирование процессуальных прав пациента имело место и ранее. Так, небезызвестный в связи с делом Ракевич Орджоникидзеvский районный суд г. Екатеринбурга имел практику удовлетворения заявлений о недобровольной госпитализации без участия пациента в судебном заседании. Такие дела рассматривались в помещении суда. Причем данные о невозможности пациента явиться в суд в материалах дела вообще отсутствовали. Не было также сведений об извещении пациента о рассмотрении дела. При этом в протоколе судебного заседания указывались данные пациента, как явившегося в судебное заседание. Ни одного слова пациента или вопроса к нему протокол не содержал (см., например, дело № 2-5965/2003).¹¹

Такая практика противоречит не только российскому законодательству, но и международно-правовыми нормами. Рекомендация о том, чтобы судебные решения не принимались лишь на основании медицинских заключений, а пациенту с психическим расстройством, как и любому другому лицу, было обеспечено право присутствовать в любом слушании, участвовать в нем и быть выслушанным, содержат:

1) Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (утверждены Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. № 46/119),

2) Рекомендация Парламентской Ассамблеи Совета Европы от 8 октября 1977 г. 818(1977) “О положении психически больных”,

3) Рекомендация Комитета Министров Совета Европы № R(83)2 “Относительно правовой защиты лиц, страдающих психическим расстройством, которые были госпитализированы в принудительном порядке”

4) Рекомендация Комитета Министров Совета Европы № Rec (2004)10 “Относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическим расстройством”.

О праве пациента на личное участие в судебных слушаниях говорится в “Положении и взглядах Всемирной психиатрической ассоциации о правах и юридической защите психически больных”, принятых Генеральной ассамблеей ВПА на VIII Всемирном конгрессе по психиатрии 17 октября 1989 г.

Лишение пациента права на личное участие в судебном заседании по рассмотрению вопроса о его недобровольной госпитализации стало, наконец, предметом рассмотрения Европейского Суда по правам человека (далее — ЕСПЧ). В своем **Постановлении от 2 мая 2013 г. по делу “Загидулина против России”** (жалоба № 11737/06) ЕСПЧ усмотрел в этом нарушении п. 1 “е” ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (право на свободу и личную неприкосновенность) и принял решение выплатить Загидулиной 10.000 евро компенсации нематериального ущерба и судебных расходов.

Загидулина состояла под наблюдением психиатра с 1987 г. 13 мая 2005 г. она пришла в ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, чтобы навестить дочь, и стала жаловаться, что медперсонал плохо обращается с ее дочерью, потребовав немедленно выписать ее из больницы. В результате, в тот же день в психиатрическую больницу госпитализировали саму Загидулину без ее согласия. Согласно заключению комиссии врачей необходимость в госпитализации была обусловлена напряженно-злобным аффектом, бредовыми идеями преследования и воздействия. Было решено, что она представляет опасность для себя и других лиц, при этом не указывалось, в чем конкретно заключалась такая опасность. Заявление больницы было рассмотрено судом 16 мая 2006 г. в отсутствие Загидулиной на основании устных сведений ее лечащего врача о невозможности больной лично участвовать в рассмотрении заявления о недобровольной госпитализации в силу состояния ее здоровья. Однако данные о том, что в момент вынесения решения суда Загидулина находилась в состоянии, которое не позволяло бы ей лично участвовать в рассмотрении дела, в материалах дела отсутствовали.

¹¹ Справка по результатам обобщения практики рассмотрения дел о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар (о продлении срока принудительной госпитализации) и принудительном психиатрическом освидетельствовании. Подготовлена Свердловским областным судом 23.09.2004.

По мнению ЕСПЧ, Загидулина играла двоякую роль в деле: она была заинтересованной стороной и, в то же время, главным объектом судебного исследования. Следовательно, заслушивание заявительницы лично либо посредством той или иной формы представительства являлось неотъемлемым условием “справедливой и законной процедуры”. Принимая во внимание, что заявительница ясно и недвусмысленно выразила отказ от прохождения какого-либо лечения, и этот факт был осознан национальным судом, что нашло отражение в его решении, необходимость обеспечения права заявительницы быть выслушанной была тем более очевидной. Эта точка зрения отражена и в решении Мосгорсуда от 20 апреля 2006 г., который отменил все предыдущие решения по делу на этом основании и вынес решение о повторном рассмотрении заявления.

ЕСПЧ пришел к выводу, что компетентные национальные органы не выполнили необходимые процедурные требования при недобровольной госпитализации Загидулиной, поскольку при разбирательстве дела не была обеспечена гарантия свободы от произвола. Соответственно, задержание Загидулиной в больнице в период с 13 мая по 17 июня 2006 г. не было законным по смыслу подпункта “е” п. 1 ст. 5 Конвенции.

Надеемся, что необходимость исполнения Постановления ЕСПЧ в плане мер общего характера обеспечит внесение корректив в закон и правоприменительную практику.

* * *

В марте нынешнего года в Госдуму был внесен законопроект N 246960-6 “Кодекс административного

судопроизводства Российской Федерации”. Дела о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар предлагается рассматривать в рамках административного судопроизводства по исковому заявлению психиатрического учреждения, подписываемому его руководителем. К заявлению должно быть приложено, в частности, мотивированное и надлежащим образом оформленное заключение комиссии врачей-психиатров о том, позволяет ли гражданину его психическое состояние лично участвовать в судебном заседании, в т.ч. в помещении суда.

Согласно ст. 263 проекта Кодекса граждан имеет право лично участвовать в судебном заседании и излагать свою позицию по делу о его принудительной госпитализации, если психическое состояние гражданина позволяет ему адекватно воспринимать все происходящее в судебном заседании и его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих. Судебное заседание проводится в помещении стационара в случае, когда суд установит, что психическое состояние гражданина позволяет ему лично участвовать в судебном заседании, но его присутствие в помещении суда является невозможным. В иных случаях судебное заседание проводится в помещении суда.

Положения законопроекта позволяют устранить имеющиеся пробелы в правовом регулировании данного вопроса, но вместе с тем вводят ограничения прав граждан, в частности допускают заочное рассмотрение дела, что, с нашей точки зрения, неприемлемо.

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

Люди преклонного возраста дементны?

Что за чепуха — скажет любой здравомыслящий человек, только недавно с восхищенным интересом внимавший четыре вечера подряд по каналу “Культура” воспоминаниям 97-летней дочери нашего самого выдающегося философа Густава Шпета, изумляясь заодно ее памяти, богатству речи, гибкости ума и поразительному кругозору. И это не такая уже редкость. Мы знаем немало людей интеллектуального труда, которые и в 85 лет не просто успешны на руководящих постах, но сохранили творческую молодость.

Между тем, одно упоминание пожилого (с 60 лет), старческого (с 75 лет) и тем более преклонного (с 85 лет) возраста вызывает у врачей автоматический диагноз церебрального атеросклероза, а если пациент неконтактен в силу депрессии или глухоты, или тяжелого соматического состояния, то и диагноз деменции.

Американские судебные психиатры уже давно столкнулись с ситуацией, когда в судебных заседаниях им задают вопросы, которые для них трудны и ставят в тупи даже ведущих профессионалов соответствующего профиля. Это связано с неискоренимым разрывом между установленными стандартами, нормами, работающими *ad mass*, и индивидуальными случаями, для которых стандарты — не более чем ориентир, а не предписание.

Во втором выпуске журнала (НПЖ, 2013, 2, 54 – 58) мы уже помещали выразительный пример посмертной экспертизы, перечеркивающей право на предсмертное волеизъявление смертельно больного

пожилого человека, на основании чего угодно, но не профессиональных критериев.

Здесь мы приводим пример грубого произвола экспертов явно на основании одного преклонного возраста. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы по имущественным делам носят массовый, все возрастающий характер, экспертизы по ним стали шаблонными, а отсутствие состязательности экспертов быстро ведет судебных психиатров к деградации. Это неизбежно, когда суды, видимо в целях экономии, действуют по принципу “государственные эксперты всегда правы”. Оба примера — из Центра им. В. П. Сербского, возможности которого и меньший уровень нагрузки раньше обеспечивали показательный характер СПЭ заключений. Теперь, как показывает множество опубликованных нами разборов СПЭ-заключений этого печально знаменитого учреждения, этого сказать нельзя.

Пока редкой, но многозначительной особенностью публикуемого дела является документированная фонограммой яркая сцена, как судья опросом эксперта Центра им. Сербского продемонстрировал полную несостоятельность заключения по ключевым вопросам и хорошее понимание ситуации, но все равно вынес решение в пользу им же разгромленной стороны. Не свидетельствует ли это о наличии негласной установки соглашаться только с государственными экспертами?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ СПЕЦИАЛИСТОВ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТОВ от 18 июня 2013 г. № N ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ АРХИПОВОЙ ГАЛИНЫ ИВАНОВНЫ¹, 1919 г. рожд.

Настоящее заключение составлено 19 сентября 2013 г. по запросу адвоката Т. В. Пановой на основании представленных ею ксерокопий следующих документов:

1) заключение комиссии судебно-психиатрических экспертов от 18 июня 2013 г. № N посмертной судебно-психиатрической экспертизы Архиповой Галины Ивановны, 1919 г. рожд., проведенной в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского;

2) амбулаторная карта Г. И. Архиповой из поликлиники № 73 г. Москвы;

¹ Фамилия, имя и отчество изменены.

3) медицинские карты стационарного больного Г. И. Архиповой № N и № N-1 из ГКБ № 15 им. О. М. Филатова;

4) медицинская карта № N Г. И. Архиповой, находившейся на лечении в ГКБ № 15 им. О. М. Филатова с 23.04.12 по 26.05.13;

5) материалы гражданского дела № N о признании завещания от 26.04.2012 г. недействительным;

а также видео-аудио-записи бесед Г. И. Архиповой с разными людьми до и вскоре после оформления завещания,

для ответа на вопрос: являются ли выводы, сделанные экспертами, научно-обоснованными и убедительными?

Заключение экспертов написано на 8 страницах, из которых констатирующая часть заключения занимает 6,5 страниц, а обоснование ответа на вопрос суда — 3/4 страницы, что по объему достаточно, но по содержанию вызывает полное недоумение. Дело в том, что на протяжении всего текста констатирующей части мы не обнаружили ничего, что подтверждало бы вывод экспертов.

Эксперты явно с самого начала своей работы были как бы под гипнозом 93-летнего возраста Г. П. Архиповой и, основываясь на этом, проявили неуважение к воле умершей.

На вопрос суда *“Страдала ли Архипова Галина Ивановна в момент составления завещания 26 апреля 2012 г. каким-либо психическим расстройством (заболеванием) и отдавала ли отчет свои действиям, могла ли руководить ими в момент составления завещания 26 апреля 2012 г.?”* эксперты отвечают: *“при подписании завещания от 26.04.2012 г. Архипова Г. И. не могла понимать значение своих действий и руководить ими”*, опираясь при этом на свой диагноз *“сосудистая деменция (F 01 по МКБ-10)”*.

Обосновывая выставленный диагноз, они награждают впечатляющий любого не имеющего отношения к медицине человека перечень выставившихся Г. И. Архиповой неврологических и соматических диагнозов (включая даже не упоминавшиеся в диагнозе от 24.04.12, т.е. за два дня до оформления завещания, церебральный атеросклероз и дисциркуляторную энцефалопатию), обычный у большинства больных после 60 – 70 лет, и — цитируем — пишут: *“всесторонний анализ медицинской документации показал, что к апрелю 2012 г. у Архиповой были диагностированы характерные для деменции грубые расстройства памяти, интеллекта (указания врача 23 – 24.04.2012 г. на выраженные когнитивные нарушения, затруднения при сборе анамнеза из-за нарушений памяти)”*...

Но эта единственная опора диагноза **сосудистой деменции — результат грубой небрежности экспертов**. Согласно констатирующей части акта, **“грубые когнитивные нарушения”** отмечались не до, а

спустя две недели после оформления завещания, — не 23 – 24 апреля, а с 20 мая, причем после разившегося 12 мая тяжелого инфаркта головного мозга с сенсорно-моторной афазией, т.е. потерей речи, и парезом правой половины тела. 19 мая “была возбуждена с сенсорно-моторной афазией”, а 20 мая “отмечались грубые когнитивные нарушения”. Отрицательная динамика началась с 9 мая, а 26 мая Архипова скончалась.

Другие аргументы экспертов — *“эмоционально-волевые расстройства и нарушения критической и прогностической функций”* и *“внушаемость”* почерпнуты исключительно из свидетельских показаний одной стороны. На это нет и намека в медицинской документации, и кроме того, хорошо известно, что в старческом возрасте люди не внушаемы и, например, гипноз бесполезен. Что касается записи *“очень возбуждена”*, то в медицинской документации об этом упоминается только 19 мая, т.е. после инфаркта головного мозга.

Мы видим, что в заключительном обосновании ответа на вопрос суда эксперты пишут на равных, через запятую, мнения о психическом состоянии Г. И. Архиповой врачей-интернистов и свидетелей, причем свидетелей только одной стороны. Таким образом, фундаментальная и наиболее сложная работа психиатра — квалификация получаемой информации — уравнивается с мнениями не только непрофессионалов — биологически мыслящих соматологов, но даже с мнениями людей без всякого медицинского образования, и эти мнения выдаются за факты.

Между тем, свидетельские показания, как хорошо известно с момента выделения в судебной психологии 100 лет назад (В. Штерн, 1912) психологии свидетельских показаний, являются крайне ненадежной опорой. Память свидетелей не бывает ни объективной, ни точной. В этом отношении выручают различные психологические методики и современные технические средства. Суд располагает **видеозаписью** беседы с Г. И. Архиповой незадолго до и вскоре после оформления завещания, из которой можно составить объективное представление о ее незаурядной и, надо подчеркнуть, не такой уж и редкой сохранности. На видео-аудио-записях хорошо видно и слышно, как активно самостоятельно подробно и толково Г. И. Архипова обосновывает изменение завещания, какую информированность в правовых вопросах она демонстрирует. Эксперты не исследовали эти видео-аудио-записи, хотя они приобщены к делу и очень выразительно демонстрируют интеллектуальную сохранность Г. И. Архиповой.

Эксперты пишут о перенесенных Г. И. Архиповой переломах руки и правового бедра (небрежность видна и в указании то на правую, то на левую стороны), как факторов, осложняющих психическое состояние. На самом деле, это выразительный пример устойчивости психического состояния Г. И. Архиповой, так

как у очень многих людей 60 – 70 лет такие переломы приводят к кратковременным острым психотическим расстройствам.

Между тем, и в заключении, и в медицинской документации (карта № N) имеются сведения о том, что Г. И. Архипова в мае 2009 года, в 90-летнем возрасте, имея фактически тот же длинный список соматических заболеваний и, более того, — после только что перенесенного чрезвычайного перелома правой бедренной кости “была в сознании, контактна, ориентирована, адекватна, периодически отмечалось, что контакт с ней был ограничен из-за снижения слуха. При осмотре неврологом предъявляла жалобы на тревожные, беспокойные сны, указывалось на **незначительное** мнестико-интеллектуальное снижение. В дальнейшем была активизирована на *ходунках*”. На протяжении всего времени пребывания в больнице (18.05.09 — 30.05.09) отмечалось, что больная “адекватна, контактна, во времени, пространстве и собственной личности ориентирована”. Таким образом, указание экспертов на “изменения в когнитивной сфере”, якобы сопровождавшие ухудшение соматического состояния Г. И. Архиповой после перенесенного перелома, не подтверждаются данным медицинской документации.

Между больными со сколь угодно обширным перечнем соматических заболеваний и неспособными понимать значение своих действий и руководить ими лежит целая пропасть. Зафиксированные у Г. И. Архиповой ранее неврологические и сосудистые расстройства головного мозга далеко не у всех больных сопровождаются психическими расстройствами клинического уровня. Возрастные изменения психики у Г. И. Архиповой не только не доминировали, но даже **ни разу не потребовали вызова психиатра**, хотя в каждой клинической больнице он ежедневно бывает. Поэтому есть все основания считать, что состояние Г. И. Архиповой не выходило за пределы самого поверхностного регистра пограничных расстройств, диагностика в рамках которых — частый предмет самодеятельности интернистов, тогда как она, даже для опытных психиатров, труднее грубых психотических форм. Это давно хорошо известно, и в соответствующих случаях всегда вызывают психиатра, тем более в клинических больницах.

В своем 93-летнем возрасте Г. И. Архипова решительно распоряжалась своей судьбой, самостоятельно оценивала состояние своего здоровья и принимала решения. Накануне (стр. 4) при развившемся 11.04.12 острым бронхите с подозрением на пневмонию Г. И. Архипова трижды подписывала отказ от госпитализации: первый раз — 13.04, после чего состояние улучшилось, 18.04 — второй раз и 20.04 — третий раз. 23.04 госпитализирована скорой медицинской помощью в ГКБ № 15 с жалобами на “одышку, кашель с мокротой с примесью крови, повышением температуры до 39°. АД 150/80 мм рт.ст., диурез в пам-

перс. Диагноз: “Хроническая обструктивная болезнь легких: хронический обструктивный бронхит, эмфизема, пневмосклероз. Ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий. Артериальная гипертензия 3-ей степени. Дыхательная недостаточность I. Интоксикация. НК 2А. Постоянная форма мерцательной аритмии. Перелом шейки бедра слева. Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга”. “Была в сознании, отмечались выраженные когнитивные нарушения”. Эта расплывчатая констатация, сделанная врачом-терапевтом, совершенно естественна на момент стационарирования в таком соматическом состоянии в 93-летнем возрасте и при наличии тугоухости. Игнорируется, что за этим последовала положительная динамика, и 26.04 состояние Архиповой было “средней тяжести, стабильное”. Никаких когнитивных нарушений не отмечалось. Тогда и было оформлено завещание.

Облегченная заочная диагностика экспертами диагноза сосудистой деменции обосновывается не просто совершенно произвольно, но, как мы показали выше, в разрез с собственной констатирующей частью. Психиатры, работающие в соматических больницах, хорошо знают — и это типичное явление — что врачи-интернисты не склонны к трате времени на разговоры с больными, тем более 93-летними, и очень часто пишут те самые шаблонные словесные кальки, на которые ссылаются эксперты. За этим стоит отсутствие навыка терпеливой неторопливой и длительной психиатрической беседы. За снижение памяти и интеллекта очень часто принимается астения, медлительность, детализация, капризность, эмоциональная неустойчивость, характерологические заострения, ответы “в сторону” и не по существу, особенно у тугухих и стариков. При этом не учитывается, что декомпенсация в таких случаях легко возникает от самого попадания в больницу, в силу резкой смены обстановки, вырванности из родной среды, где можно легко ориентироваться “с закрытыми глазами”, и изменения всех бытовых стереотипов.

В заключительной части акта утверждение о “*грубом*” снижении “*памяти и интеллекта*” расходится с тем, что в констатирующей части таких лексических выражений не было. Затруднение в сборе анамнеза всякий раз сопровождалось в медицинской документации указанием не на нарушение памяти и интеллекта, а аморфно, “*когнитивных нарушений*” и не “*грубым*”, а “*выраженных*”, т.е. эксперты произвольно резко усилили степень нарушений. Нигде в медицинской документации не было записи об “*эмоционально-волевых расстройствах и нарушении критических и прогностических функций*”. Выражение “*очень возбуждена*” фигурировало уже спустя некоторое время после составления завещания. Обращает внимание игнорирование противоположных свидетельских показаний, в том числе нотариуса.

Мы видим, что эксперты явным образом избирательно манипулируют данными, подгоняя их под предвзятый диагноз, искусственно используя лексику этого раздела МКБ.

Таким образом, эксперты выставили свой диагноз и ответили на вопрос суда, опираясь не на констатирующую часть собственного акта, а предвзятое шаблонное представление, что человек 93 лет, безусловно, дементен, и его предсмертной волей можно пренебречь.

К Г. И. Архиповой в больнице № 15 ни разу не сочли нужным вызвать врача-психиатра. Накануне оформления завещания были отмечены “выраженные когнитивные нарушения”, что на порядок слабее, чем “грубые”, и отмечены они были в день стационарирования на фоне неизбежного в таких случаях стресса. Запись, сделанная врачом-терапевтом, не сопровождалась описанием этих нарушений и за ней не последовал вызов врача-психиатра. Затем состояние Г. И. Архиповой улучшилось и стабилизировалось, никаких когнитивных нарушений не отмечалось.

В своих выводах эксперты предпочли опереться на свидетельские показания, причем только одной стороны, а не на видео-аудио-записи, объективизирующие психическое состояние Г. И. Архиповой в юридически значимый период времени, выразительно свидетельствующий о интеллектуально-мнестической сохранности Г. И. Архиповой. При этом показания свидетелей противоположной стороны были просто проигнорированы.

Изложенное показывает, что заключение экспертов было с самого начала предвзятым из-за 93-летнего возраста Архиповой. Это привело к грубой небрежности в датировке и лексическом оформлении. Отмеченные экспертами “грубые когнитивные нарушения”, которые явились основной опорой для выставленного диагноза “сосудистая деменция”, развились у Г. И. Архиповой не за 2 – 3 дня до оформления завещания, а спустя две недели после этого и при том после инфаркта головного мозга 12 мая 2012 г. В результате, это привело к совершенно неадекватному диагнозу сосудистой деменции и научно несостоятельному ответу на вопрос суда о том, могла ли Г. И. Архипова отдавать отчет своим действиям и руководить ими в момент составления завещания 26 апреля 2013 г.

Имеющая в распоряжении суда медицинская документация и видео-аудио-записи свидетельствуют, что Архипова Галина Ивановна, 1919 г.рожд., на момент составления завещания понимала значение своих действий и могла руководить ими.

*Ю. С. Савенко, Г. М. Котиков,
Н. В. Спиридонова*

Особенностью данного случая является полная беспомощность эксперта Центра имени В. П. Сербского (ЦС) при опросе в суде не только адвокатом, но и судьёй (имеется фонограмма и её распечатка), который, тем не менее, зачитал заранее подготовленное решение в стиле: “у Суда нет оснований не доверять государственным экспертам”, т.е. фактически: “государственные эксперты всегда правы”.

Единственной опорой диагноза сосудистой деменции послужила запись в истории болезни о “грубых когнитивных нарушениях”, которая была сделана спустя 2 недели после оформления завещания и непосредственно после инсульта головного мозга. До этого только однажды 23.04.2012 г. в день стационарирования скорой помощью на фоне резкого обострения хронического обструктивного бронхита с температурой до 39° отмечались и “выраженные когнитивные нарушения”. Игнорируется, что за этим последовала положительная динамика, и 26.04.2012 г. состояние Архиповой было средней тяжести, стабильное, никаких когнитивных нарушений не отмечалось, температура снизилась до нормальных показателей. Тогда и было оформлено завещание.

Эксперт договорилась до того, что выраженные и грубые когнитивные нарушения — это одно и то же. Но ведь минимальной общепринятой количественной мерой является трёхступенная: легкие, выраженные и грубые расстройства:

1.07.52. Адвокат ответчика (АО): Скажите пожалуйста, вот опять-таки МКБ-10 определяет различные уровни выраженности признаков деменции. Какие уровни выраженности этих признаков Вы обнаружили у Архиповой именно в медицинских документах?

1.08.16. Адвокат истца (АИ): Возражаю, Уважаемый Суд. Какие уровни выраженности имеет ввиду ответчик? Прошу снять вопрос.

1.08.25. Судья: Вопрос не снят, пожалуйста, ответьте, исходя из Ваших данных.

1.08.31. Эксперт (Э): Ну, диагностическое заключение выносилось в том числе на основании указаний в медицинской документации на грубые нарушения когнитивных, а значит, интеллектуально-мнестических функций.

1.08.50. АО: Это Вы обнаружили в медицинских документах “грубые”?

1.08.55. Э: В медицинской документации, да.

1.08.57. АО: Скажите, пожалуйста, а в какой медицинской документации это было указано?

1.09.05. Э: История болезни, N — “выраженные когнитивные нарушения”.

1.09.12. АО: Так выраженные или грубые?

1.09.13. Э: Выраженные, выраженные.

1.09.15. АО: А Вы говорите про грубые.

1.09.16. Э: Ну выраженные, грубые, как бы степень...

1.09.18. АО: Это одно и то же?

1.09.19. Э: ...степень ясна...

1.09.20. АО: Простите, простите?

1.09.21. Э: достаточно для вынесения нашего диагностического заключения, а также указания на нарушения памяти, которые затрудняли контакт с ней и сбор анамнеза в

том числе. То есть и когнитивные, и мнестические нарушения, указания на это есть в медицинской документации.

1.10.48. Э: Грубые нарушения — это уже наша, как бы, интерпретация вот представленной мед. документации, нашим привычным языком.

1.10.57. АО: Простите, тогда еще раз поясните, пожалуйста, существует ли разница между выраженными нарушениями и грубыми нарушениями с точки зрения психиатрии?

1.11.09. Э: В данном конкретном случае нету разницы.

1.11.11. АО: Нет, меня интересует вообще. Существует ли эта разница или нет?

1.11.14. АИ: Уважаемый Суд, я возражаю.

1.11.14. Э: Вы меня спрашиваете по заключению, а не...

1.11.16. Судья: Возражения не принимаются, поскольку, отвечайте. Если для стороны это существенно...

1.11.22. АО: Это существенно.

1.11.22. Судья: ...будьте добры пояснить. А вы внимательно слушайте ответ.

1.11.29. Э: Существенной разницы в этом нету между выраженными и грубыми.

Является ли квалификация выраженных когнитивных нарушений в момент стационарирования с температурой 39°, которые в последующие дни уже не отмечались, синонимом сосудистой деменции? Ведь это правомерно, только если эти нарушения являются стойкими и необратимыми. Международная классификация болезней (МКБ-10), принятая у нас в 1999 г., устанавливает срок в полгода. Но эксперты пренебрегли всем этим.

Кроме того хорошо известно, что выраженная астенция, пониженное настроение, тяжелое соматическое состояние, тугоухость затрудняют контакт с врачом, в силу чего могут имитировать деменцию для не психиатра.

Эксперты постоянно домысливали психопатологическую симптоматику в сторону своей предвзятой версии, например, ответчик спрашивает: “Вы пишете, что диагностированы были грубые расстройства, а вот ещё, диагностированы эмоционально-волевые расстройства и нарушения критических и прогностических функций. Это где была такая диагностика? Эксперт: “далее идёт в нашем заключении расшифровка.” Между тем, на самом деле, это цитата из иска, т.е. мнение лица без всякого медицинского образования выдавалась за сведения из мед. документации.

Ничего общего ни с научным подходом, ни с элементарной добросовестностью это не имеет. Мы связываем предвзятость экспертов с почти гипнотическим действием 93-х летнего возраста Архиповой

Наконец, вправе ли были эксперты проигнорировать видеозапись, сделанную в юридически значи-

мый период, непосредственно относящуюся к заданному Судом вопросам?

1.04.37. АО: В определении Суда о назначении экспертизы, лист Дела 195-ый, указано, в частности, что Суд обозревал видеозапись с изображением Архиповой, и диск находился в деле. При проведении экспертизы Вы, как эксперт-докладчик, обозревали этот диск? Дали ли отражение в своём заключении его содержательной части?

1.05.26. АИ: Возражаю, Уважаемый Суд.

1.05.28. Судья: Вопрос не снят.

1.05.46. Э: Ну в тексте нашего заключения нет описания, что этот диск просматривался.

1.05.52. АО: А Вы-то, как докладчик, просматривали его?

1.05.59. Э: Ну судя по заключению, видимо нет.

1.06.02. АО: Видимо нет. То есть значит, прилагаемый к материалам дела видеоматериал Вы не сопоставляли ни с медицинской...ни с медицинскими документами, ни с материалами этого дела?

1.06.20. Судья: Если Вы затрудняетесь ответить, Вы скажите “я затрудняюсь ответить, там, помню, не помню”.

1.06.24. Э: Я просто не помню, смотрели мы его, но судя по тому, что не изложено в заключении, значит, что был упущен из виду.

1.27.22. Э: Даже без обозрения вот этой записи, видеозаписи, нам было достаточно материалов, чтобы...

1.27.28. Судья: То есть достаточно материалов для дачи соответствующего заключения.

1.27.30. Э: Да.

Что же получается? Ни одного диагноза, выставленного врачом психиатром при жизни, и даже ни одной записи об осмотре психиатром, тем не менее, игнорируется видеозапись с изображением Архиповой, прекрасная возможность как бы провести этот посмертный осмотр. Эксперт ответила так, словно содержание видеозаписи не имеет никакого значения. И, по мнению эксперта, единичные записи врачей терапевтов и одного невролога лишь о наличии когнитивных нарушений, являются неоспоримым доказательством наличия деменции. При опросе в Суде, на вопросы о признаках выставленного диагноза деменции, употребляет выражения “мы расценили...”, “это уже как бы интерпретация представленной документации...”, “выраженные” когнитивные нарушения превращает в “грубые”. Где тут логика? Можно ли называть это профессиональным научным обоснованием? Какие есть возможности перепроверки при столь серьёзных профессиональных разногласиях? Или это последняя непререкаемая инстанция, не считая международных?

Магаданский процесс. Провал очередной попытки использовать психиатрию в немедицинских целях¹

18 – 21 мая 1999 г. в Магаданском городском суде — прошел громкий судебный процесс по представлению прокурора Магаданской области (10.06.98) о ликвидации протестантской церкви пятидесятников “Слово Жизни”², богослужения которой якобы оказывают гипнотическое воздействие, приводящее к тяжелому вреду психическому здоровью вплоть до изменения личности, к распаду семей и отчуждению имущества.

После первого слушания (28.08.98) дело было отложено, в связи с неготовностью прокурора обосновать свое требование. В ходе очередного слушания выяснилось, что за 9 месяцев прокуратуре ничего убедительного найти не удалось.

Единственный случай распада семьи оказался не связанным с деятельностью церкви. Наоборот, гражданка Н. забрала свое заявление о разводе после вступления в члены церкви. За 17 лет (с 1982 г.) в церкви заключено 16 новых браков и не было ни одного развода при 85-процентном уровне разводов в области. Кроме того, у членов церкви многодетные семьи. У самого пастора 9 детей.

Что касается “отчуждения имущества”, то также единственный случай такого рода оказался связанным с пожертвованием тяжело психически больной (прогредиентная шизофрения) в состоянии психотического обострения с императивными псевдогаллюцинациями. Чрезмерность вклада сразу обратила внимание, дарения были оприходованы и после выписки из стационара возвращены. Однако испытанное чувство манипулируемости заставило ее активно обвинять церковь в гипнотическом воздействии.

Что до тяжелого вреда психическому здоровью, то по данным психоневрологического диспансера (на учете которого 6 тысяч больных), через его стационар (320 мест на 240 тысяч населения области) за 5 лет (с 1994 г.) прошло четверо больных из религиозных организаций. Из них только двое из церкви “Слово Жизни”, из которых один проходил ВТЭК в связи с

олигофренией³. Всего в церкви 600 членов и около 1000 прихожан.

Простой расчет показывает, что в общей популяции число обострений значительно выше. Причем, чем выше в церкви число пограничных состояний и латентных психически больных, тем выразительнее делается в ее пользу это небольшое число обострений.

В соответствии с огромной мировой литературой на эту тему, религиозные организации любой конфессии являются активным лечебным и реабилитационным фактором для психически больных, а в отношении алкоголизма, наркомании и суцидов значительно эффективнее медицины. Это привело к широкому сотрудничеству медиков с религиозными организациями.

Например, сходная харизматическая церковь пятидесятников много лет работала в старейшей в Москве Преображенской психиатрической больнице.

Версия о глубоко вредном для психического здоровья “психотерапевтическом действии гипноза” и погружении людей в “болезненное состояние сознания” обосновывалась минутными падениями людей при возложении рук пастора в ходе богослужения. Гипноз преподносился в соответствии с трактовкой проф. Ф. В. Кондратьева из Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского и проф. Ю. И. Полищука из МНИИ психиатрии как всемогущая сила, превращающая людей в марионеток, то есть, представления столетней давности.

Прокуратура с самого начала откровенно затягивала процесс, что позволило приостановить перерегистрацию церкви и терроризировать всевозможными подчас неадекватными проверками — фискальными, таможенными, пенсионного фонда, фонда социального страхования, фонда занятости и т.п., возбуждением уголовного дела (16.12.98). В результате из 600 членов церкви 400 в знак протеста против преследований подали заявления на выезд в Австралию. Это позволило ускорить разбирательство.

В качестве одной из основных улик была представлена видеозапись богослужения и объяснение по

¹ Содержание этой нашей статьи 1999 года, опубликованной тогда только в малодоступной газете “Экспресс-Хроника”, остается актуальным и поучительным.

² Входит в структуру централизованной религиозной организации “Российское Объединение Союза Христиан Веры Евангельской — Пятидесятников”, уже полстолетия действующей на территории России.

³ Этот случай тоже выставлялся как пример отрицательного воздействия церкви. Мол, подучили пройти ВТЭК. Хотя на поверхности прямо противоположное: много лет человек был лишен положенной ему пенсии.

ее поводу 4-х психиатров ПНД. Видеозапись была получена противозаконным образом, в грубом противоречии не только с Законом о психиатрической помощи, но и Законом об оперативно-розыскной деятельности, более того, с Конституцией (вторжение в личную жизнь верующих). Все они протестовали на суде против публичного показа их сокровенных переживаний во время богослужения). Наконец, вскрылась технология получения записи и причастность к этому ФСБ. Изготовитель записи неожиданно дал на суде откровенные показания, из которых в частности следовала фальсификация его первых показаний. Тем не менее прокурор вопреки своей обязанности надзирать за соблюдением закона, не считаясь со скандальными разоблачениями, оспаривал незаконность видеосъемки самым наивным образом. “Ведь если бы я был на богослужении, а туда вход свободный, я бы и так все увидел...”. Откровенно пытаясь затянуть процесс, прокурор заявлял ходатайство на просмотр не только первой кассеты, хотя она не была опечатана и подписана, исчезала и, как выяснилось, была подменена, но принес еще пять кассет..

Наконец, прокурор настоял, чтобы — в противоречие с общепринятой практикой — были оглашены материалы уже закрытого (16.02.99), но только что неожиданно возобновленного уголовного дела об обнаружении в ходе фискальной проверки (тоже незаконной) среди пожертвованных двух пакетиков промышленного золота по 6 г. По уверению пастора — подброшенных. В любом случае все это носило характер откровенного тактического приема очернить и подавить психологически, так как к ликвидации церкви дела не имело. Прокурор пытался также дать отвод и д-ру Ю. С. Савенко как эксперту после того, как получили отвод три других эксперта в связи с тем, что они уже публично высказывали свое мнение по этому делу.

Не только незаконная видеозапись богослужения, но и приглашение психиатров на просмотр и их письменная оценка — общий сценарий во многих других местах. Например, два года назад в Ярославле, где психиатры не довольствовались пассивной ролью, как в данном случае, а заняли активную позицию пособничества ФСБ в противозаконной деятельности, и сами написали представление в прокуратуру. Речь шла о богослужении в церкви “Новое поколение”, которое проводил приехавший на несколько дней канадский пастор.

В связи с этим скажем сразу: Коллеги! Исполняйте, прежде всего, свой профессиональный долг и закон. Не идите на поводу у государственных служб, а тем более спецслужб, которые часто не считаются с законом. Вас подставят: ведь перед законом у нас до сих пор не все равны. Наша задача — препятствовать использованию психиатрии в немедицинских целях, попыткам вовлечь психиатров в проблемы, выходящие за пределы их профессиональной компетенции.

Требуйте доказательств правовой обоснованности обращаемых к Вам требований или просьб и перепроверяйте их у независимых юристов. Не бойтесь проявлять в этом жесткую принципиальность, так как старые времена ушли, но Ваша благодушная доверчивость работает на их реставрацию. Это касается и предоставления медицинской документации, что допустимо только суду, а следствие только при открытии уголовного дела. Это нарушение 8 ст. закона о психиатрической помощи, одной из самых фундаментальных. Магаданская прокуратура грубо нарушила это положение Закона. Надо сказать, что главный врач Магаданского ПНД д-р В. А. Федоров в своих показаниях на суде сумел соблюсти вполне взвешенную позицию.

В показаниях свидетелей обвиняющей стороны звучали ксенофобия, суеверность, самопроекция. Обвинения в распаде семьи исходили от бывшего командира спецназа, чей яростно односторонний взгляд на вступление в церковь его жены индуцировал все семейство, что позволило лишить женщину всех трех ее детей. Он, мать, сестра и старшая дочь Н. утверждали хором, что она больной человек и что болезнь — результат гипноза “жидовской организации”, которую надо уничтожить. “Какой нормальный человек поедет на выезд?” Использование бойцов своего отряда при агрессивном ночном визите к пастору в нетрезвом виде он объяснил “страхом провокации”. Другая свидетельница красочно живописала свое убеждение, что ее квартиросъемщицу — члена церкви “готовят для жертвоприношения”, “она еврейка, а не чукча”.

Чем же занимается и что дает церковь “Слово Жизни”? Многие члены церкви свидетельствовали, что накануне вступления в церковь были на грани самоубийства. Что первоначально обращались в православный храм, но смысл и утешение нашли только здесь. Все, кто злоупотреблял алкоголем, наркотиками, курил, вел беспорядочную интимную жизнь, избавились от этого. Богослужения, проводимые дважды в неделю, наполняли всех энтузиазмом. Раз в неделю члены церкви бесплатно кормят 400 человек, отмечают дни рождения обитателей интернатов для престарелых. Помехи, чинимые такой деятельности, отголосок советских времен, когда церкви была запрещена благотворительность. Так недавно в Твери пятидесятникам запретили работать в местах лишения свободы.

В городе, олицетворяющем колымские лагеря, осененном мемориалом Эрнста Неизвестного памяти 12 миллионов погибших, сильны позиции национал-большевиков Лимонова и неонацистов Баркашова. В городе встречаются такие листовки “Проверь — удобно ли жиду на твоей шее?”, правда мелом поверх нацарапано: “Хуже чем коммунякам”. Как раз эти молодчики митинговали против пятидесятников с разрешения мэра, когда процесс только начинался. Прокурор на вопрос, почему их никто не трогает, ответил:

“Они нам не мешают”. На время пребывания в Магадане пришлось нанять охрану: не от нападений, — чтобы не подбросили наркотики или золото... Процесс был достоин пера Ф. М. Достоевского. Внезапно раскрылись мучительные личные драмы, поразительные контрасты действующих лиц, *грубая* силовая борьба на уничтожение неугодной организации. И — вопреки, казалось, не то, что неравенства — несоизмеримости сил — победа! Гром аплодисментов, взорвавший зал при объявлении решения суда мог впечатлить кого угодно. При всех похвалах, которых были достойны адвокаты, главная заслуга решения суда — реальная независимость судьи Т. Г. Аршинской.

Стоит также вспомнить выигранные процессы по сходным делам в Ярославле, Санкт-Петербурге, Москве и других местах. Наконец, — и это самое вдохновляющее — простой народ на самом крае нашей все еще необъятной страны — вовсе не инфантильный несмышлениш, беспомощный без поводыря, как уверяет проф. Ф. В. Кондратьев. На фоне хозяйственного развала, падения нравов и попустительства экстремистам военизированного типа, преследования религиозных общин, в том числе христианских неправославного обряда, выглядит особенно диким. И тем более восхищает повсеместное, по всему Приколымью распространение и рост христианских общин (их уже 55), исповедующих высокие моральные ценности. Светлое начало в таких условиях и спонтанное тяготение к нему все большего числа людей — с одной стороны, и упорное стремление прокуратуры бороться с этим, а не с коррупцией, мафией, экстремистами — с другой. И вот уже прокуратура приняла к рассмотрению письмо православного батюшки из дальнего прихода, что рост этих религиозных общин преследует шпионские цели. Чем это отличается от принятия иска о наведении порчи на корову под Минусинском?

Борьба с новыми религиозными движениями с использованием психиатрии, начавшаяся с 1994 года, была включена в концепцию национальной безопасности. Депутат Государственной Думы от ЛДПР Н. Кривельская заговорила о “религиозной безопасности” и сочинила об этом инструкцию, пародийность которой не мешает ее использованию. 12.03.96 Минздрав заключил соглашение с Московской Патриархией, в частности, о создании реабилитационных центров (отнюдь не добровольных) для попавших в так называемые “тоталитарные секты”, отнесение к которым — привилегия Московской Патриархии, и подписал совместные с МВД ин-

структивные рекомендации⁴, которые и послужили основанием прокуратурам в течение всех последующих лет предъявлять судебные иски по всей стране ко многим религиозным организациям. Эти беспрецедентные для XX века шаги (отделение церкви от государства — первое условие демократического развития, начавшееся в Европе с 1075 – 1125 гг.) были осуществлены при министре здравоохранения А. Царегородцеве и были оставлены без изменения министром Т. Дмитриевой, несмотря на настояния Палаты по правам человека и НПА России. Таким образом, налицо межведомственная и, таким образом, правительственная целенаправленная внутренняя политика. Организующая роль ФСБ в Ярославле и Магадане была вполне очевидна.

Нельзя, однако, и упрощать ситуацию. Не надо быть пристрастным, чтобы не увидеть в этой проблеме двустороннюю опасность. Преследованиям начали подвергаться в первую очередь харизматические ветви пятидесятников. Их особенность — решительное обновление традиций, приспособление к современной действительности, раскованное богослужение, использующее средства дискотеки: мощное музыкальное сопровождение с пением и пританцовыванием. Это сделало такие церкви самыми быстро растущими по всему миру. В порыве общего энтузиазма границы общепринятого и дозволяемого себе, представляющегося оправданным, так же как возможности харизматического лидера, действительно значительно расширяются. Можно увеличить приток пожертвований, можно существенно повлиять на поведение людей, предрекая, например, точную дату потопа, конца света и т.п. Как не вспомнить в связи с этим практический эффект мастерски организованных спектаклей грандиозного общественного театра Геббельса, Муссолини и советской власти. В результате, делается очень значимым, что представляют из себя доктрина церкви и ее лидеры.

Здесь мы подходим к центральному пункту обвинения: не гипноз ли все это? И что такое гипноз?

Как и повсюду в представлении прокурора относительно церкви “Слово Жизни” была использована калька Кондратьева-Полищука: “под видом религиозных проповедей, обрядов и ритуалов людей незаметно вводят в **гипнотическое состояние**, то есть болезненное расстройство сознания”, “направленное на подавление воли, критических способностей, перестройку мотивационной сферы, социальной ориентации и направленности мышления”, что “является мощным психотравмирующим фактором, **способ-**

⁴ Эти акции Минздрава осуществлялись не отделом психиатрии, а тогдашним главным специалистом отдела законодательства и связей с общественными организациями психиатром Н. В. Филимоновым, в прошлом сподвижником Д. Васильева в создании общества “Память”, потом основателя еще более радикальной группы, известной как “партия Филимонова”, а ныне — радикальным деятелем в Союзе православных Братств и директором принадлежащей Патриархии Московской 5-ой градской больницы, теперь — Святителя Алексея (НПЖ, 1997, 3, 60; А. Верховский, В. Прибыловский, Е. Михайловская. “Национализм и ксенофобия в российском обществе” — М., 1998. С. 187).

ным привести к глубокой перестройке личности до уровня **психической патологии**”, “которое в международной классификации болезней последнего переосмотра обозначается шифром Р.60.7” (зависимое расстройство личности), “к **ущербу нравственности, физическому здоровью, семейным отношениям и к отчуждению принадлежащего им имущества в свою пользу**”, что является основанием для ликвидации своей церкви “Слово Жизни”.

Мы видим, что некоторые психиатры разделяют ходящее в быту представление о гипнозе и используют это слово как нарицательное в значении метода, вводящего в состояние, в котором с людьми можно делать что угодно. Вот сенсация на первой странице “Комсомольской правды” от 18 – 25 июня 1999 г.: “Врачи-гипнотизеры насилуют школьниц во сне”, “гипнотизеры грабят банки”, “в НИИ МВД России действует свой пси-корпус по борьбе с гипнотерроризмом”. Разумеется, для коллег психиатров и психологов в силовых ведомствах это обеспечивает рабочие места и неплохое финансирование. Они делаются нужными для руководства, среди которого у нас всегда был высокий процент потребителей паранауки и всяческого колдовства. Мы уже не раз иллюстрировали, что былая распутищина – детский сад по сравнению с современной.

Социальная реальность, то есть среда, в которой все мы существуем, — это одновременно и среда психологических воздействий. Это касается и богослужений любых конфессий. А всякое психологическое воздействие изначально является внушающим, то есть, непосредственно эмоциональным.

Внушение — это психологическое влияние в бодрственном состоянии сознания, ведущее к не критичному принятию или непринятию людей, событий, идей, верований, установок. Мера этой не критичности и есть мера внушения. Внушение часто осуществляется в рациональной “упаковке”. Убедительно доказана наивность значительного числа так называемых рациональных объяснений, представляющих “мифологию общественного сознания” или “научную мифологию”. Среди факторов, усиливающих внушающее воздействие в нужном направлении соответствующие преднадстройка, авторитет, труднодоступность, большое стечение людей, выразительность облика и окружения, музыка, пение, ритмичные телодвижения, вовлечение в ритуалы и обряды, то есть, целенаправленным образом организуемая среда, целая система комплексных воздействий. Внушение или эмоциональное влияние — это универсальный, наиболее общий тип воздействий на каждого человека. Сила религиозного воздействия состоит в подключении сюда духовного фактора посредством придания определенного символического сакрального значения, глубокой эмоциональной заряженности отдельным деталям, например, жестам, движениям, тому же возложению рук.

Однако является ли все это сеансом гипноза? Задать такой вопрос могли побудить два отмеченных обстоятельства: нередкие падения членов церкви в ходе богослужения при возложении рук и преданность своему сообществу, не считающаяся с тратами, хотя объяснение этого гипнозом не отличается от объяснения колдовской или ведьмовской зачарованностью.

Гипноз — это особое состояние и метод погружения в него: внушения в особом состоянии сознания — одновременно суженном и сновидном на грани сна — бодрствования. Выделяют три уровня глубины гипноза: сонливость, катаlepsию и сомнамбулизм. Ни об одном из них не было оснований говорить, так как согласно всем имеющимся материалам не было ни сонливости, ни катаlepsии, ни амнезий. Только предстатидией гипноза — наведенным трансом, который длится несколько секунд или минут, можно было бы попытаться объяснить “падения”. Но такому объяснению соответствовали показания только одной свидетельницы Бы-й, которая падала “со страхом” и “кратковременным отключением сознания”. Остальные падали спокойно или с радостным чувством, без отключений сознания и быстро вставая с эмоциональным подъемом. “Падали на стул”, “на руки поддерживающих сзади”, “садились на пол”. Так; “падали” Т., Су-н. Бо-о даже продемонстрировал это, а Б-ко и Се-в, которые испытали на себе сеансы лечебного гипноза, подчеркивали, что это совсем разные состояния и процедуры. П. “иногда падала”, К. вообще “не падала”. Бы-й свидетельствовала, что “за три богослужения упал один”. О том, что “садились на пол”, говорил и Ф. Таким образом, только у Бы-й можно говорить о гипнотическом, а точнее об истерическом транс. “Падения” всех остальных соответствуют ритуальному поведению (одна из форм конформного поведения). Это удовлетворение сложившихся в данной ситуации ожиданий, имеющих важную социальную символическую функцию.

На видеозаписи можно отметить только внешние реакции. Амнезии и расстройства сознания недоступны ей. Поэтому решить, что это — истерический транс или ритуальное поведение, или их сочетание может не видеозапись, — как справедливо указал д-р ВД. Федоров, — а только специальное экспертное исследование. Остается сожалеть, что в письменном объяснении он не сформулировал это с такой же определенностью, как свидетельствовал в суде.

Важно уяснить современное понимание гипноза. Гипноз — древнейший донаучный, еще языческий способ врачевания, до настоящего времени во многих руководствах и словарях определяется и объясняется совершенно неудовлетворительно. Неоднократные предложения отказаться от этого термина, как обремененного покровом таинственности и спекулирующего этим, не смогли преодолеть корпоративной заинтересованности гипнологов. В результате в этом не без намерения и не без основания на то мутном соста-

ве или, точнее тумане, теряются не только клиенты, но и манипуляторы, даже когда они стараются внятно изложить существо действия своего метода. Современное понимание гипноза существенно отличается от еще недавно у нас традиционного.

1. Более 100 лет как отвергнуто, что гипноз — патологическое состояние. В представлении прокурора читаем: “введение в гипнотическое состояние до уровня транса, то есть временного болезненного расстройства психической деятельности”. А вот фундаментальная “Психотерапевтическая энциклопедия” (1999, стр. 701): Большинство психотерапевтов считает состояние гипнотического транса основным лечебным фактором, ведущим механизмом самоизлечения и считают, что для него нет противопоказаний.

2. Отвергнут миф о всемогуществе гипноза, согласно которому люди — марионетки, “зомби”. Доказано, что гипноз, осуществляемый насильственно, нестойк. Доказано, что гипноз не может преодолеть ценностных ориентации личности даже в сомнамбулическом состоянии.

3. Доказано, что глубокий гипноз на 90 % заслуга гипнотизируемого, а не гипнотизера. Это так называемый гипобулический, слабovolный, бесхарактерный или зависимый тип личности. Ведущий современный социальный психолог Серж Московичи в своей монографии “Век толп” в главе “Конец гипноза” (1996, стр. 347) пишет: “конец внушаемым марионеткам Ле Бона и Харда. Их запрятали в чулан вместе с гипнозом”.

4. Следует пояснить нередкую противоречивость мнений специалистов и многочисленной литературы на эту тему. Уже 15 лет как произошла кардинальная смена представлений в социологии, социальной психологии и социальной психиатрии. Суть новых состоит, в частности, в переходе от представлений о человеке как пассивном факторе к “человеку действующему”. Это основное отличие нового понимания гипноза когда не гипнотизер, и не метод, а собственные силы гипнотизируемого — главное (Милтон Эрикссон).

Отмеченные три стадии гипноза длятся не дольше одного-двух дней и не в состоянии объяснить стабильность таких сообществ как “Слово Жизни”. Современная наука объясняет это совсем иначе — как интернализацию (индоктринацию). Это третий, наиболее глубокий уровень конформности, представляющий усвоение новых ценностных ориентации, то есть, принятие религиозной доктрины или определенной идеологии.

Итак, все приемы богослужения церкви “Слово Жизни” не могут квалифицироваться как сеансы гипноза, с другой стороны, в отдельных случаях отдельные элементы гипноза могли иметь место, но лишь в тех масштабах, которые неизбежны для многих других воздействий обычной социальной среды.

Психические расстройства и методы психического воздействия до сих пор **излюбленная сфера** для сознательного (а часто бессознательного) закругления острых проблем в сторону наименьшего сопротивления. Бросается в глаза **контраст беспримерной сложности** сферы патологических и болезненных проявлений религиозного содержания и манипулятивных возможностей духовных техник **с одномерностью словаря и анализа** антикультуристской литературы. Ее основной массив ограничивается понятиями внушения, гипноза, истерии. При этом они гиперболизируются и демонизируются, обнаруживая суеверно-боязливое отношение к себе. Мало того, что все эти три состояния не являются тождественными. Они не являются и исчерпывающими. Существуют еще экстатические и конформные реакции. Последние, также как гипноз, имеют три уровня глубины: подавление (сюда относятся технологии так называемого промывания мозгов), идентификация (например, случай, когда жертвы захваченного автобуса идентифицируются с террористом) и интернализация (индоктринация).

Общение со свидетелями — членами церкви “Слово Жизни” в течение судебного процесса показало, что это были не безвольные, зависимые, запуганные жертвы, не однотипные роботы, а активно доброжелательные и духовно устремленные люди, чтущие христианские ценности, склонные к заботе и взаимопомощи. Очень характерно, что единственная свидетельница, описавшая свое “падение” во время богослужения как истерический транс, ушла из церкви в отличие от тех, для кого это было ритуальным поведением в рамках индоктринации. То есть ровно наоборот обвинению, в церкви удерживает не гипнотическое воздействие, а сознательный духовный выбор.

Чтобы ответить на вопрос, приносят ли вред психическому здоровью религиозные практики, бесполезно исследовать отдельные клинические случаи, сколько бы их не было. Необходимо сравнение с общей популяцией. Мы уже видели, что число обострений психических расстройств у членов церкви во много раз меньше.

Ю. С. Савенко

ИЗ ПРАКТИКИ

Клинические особенности хронического алкогольного галлюциноза (клинический случай)

Т. И. Немкова, А. Г. Гофман*

Данное наблюдение интересно тем, что психоз сразу принял хроническое течение и в дальнейшем возникла редкая трансформация истинных обманов восприятия в форме утраты “голосами” экстрапроекции. Несмотря на наличие сосудистой патологии, изменения личности полностью соответствуют картине алкогольной деградации.

Больная С. 09.07.1951 года рождения (61 год) поступила в Московский научно-исследовательский институт психиатрии 20 ноября 2012 года. При поступлении высказывала жалобы на “голоса” в голове, преследование со стороны нечистой силы, нарушение сна.

Анамнез (со слов больной, ее мужа, из предоставленной медицинской документации).

Наследственность манифестными психозами неотягощена. Родилась в Горьковской области, в неполной рабочей семье, первой из двоих детей. Отец, которого больная никогда не видела, злоупотреблял алкоголем. Мать вышла замуж, когда больной было 5 лет. Отчим принимал участие в воспитании, чувствовала себя родной дочерью. Развивалась соответственно возрасту. Была доброй, общительной, активной, проявляла лидерские качества. В школе училась хорошо. Предпочитала точные предметы (химию и математику). Увлекалась шитьем и вязанием. В 21 год вышла замуж, переехала на постоянное место жительства мужа (в Москву). После рождения второго ребенка решила получить высшее образование “для самоутверждения”, поступила в Машиностроительный ВУЗ, но, доучившись до 3-го курса, потеряла интерес к специальности. Устроилась на Московский часовой завод. Начинала диспетчером, распределителем, а затем “доросла” до заведующей канцелярией. Совмещала работу с общественной деятельностью, была секретарем партийной организации. В 1991 году (40 лет) ушла с работы, т.к. “из-за прогулов и пьянства грозило увольнение по статье”. С тех пор нигде не работала, время от времени занималась ведением домашнего хозяйства.

Из перенесенных заболеваний: в 1973 г. (22 года) получила удар по голове, потери сознания, тошноты,

рвоты, головной боли не было; в 1991 году (40 лет) перенесла травму левого уха, после чего снизился слух, проводилась операция по восстановлению барабанной перепонки (пластика), однако слух полностью не вернулся. С 1997 г. страдает сахарным диабетом, 2-го типа, принимает глюкофаж 850, максимальный ур-нь глюкозы кр. 10,7 ммоль/л, сейчас глюкоза кр. 5,5 ммоль/л. Отмечала подъемы АД до 200/120 мм.рт.ст., тогда появлялось чувство “легкого головокружения, ведения головы”, за специальной помощью не обращалась. Не так давно диагностирована начальная катаракта обоих глаз, принимает капли, название которых не знает; артрит 2-х коленных суставов, самостоятельно делает внутрисуставные инъекции алфлуатопа (хондроитин сульфат). Жару, духоту, езду на транспорте, смену погодных условий переносит хорошо. Сезонных, суточных колебаний настроения не отмечала.

Систематически начала принимать спиртное в 80-х годах (в 30-летнем возрасте), выпивала после партийных собраний в компании подруг, сначала — по 200 – 300 мл крепкого алкоголя, затем суточные дозировки возросли до 500 мл. Примерно через пять лет возник похмельный синдром, проявлявшийся слабостью, тошнотой, рвотой, нарушением сна, чувством вины за эксцесс. “Восстанавливалась” несколько дней. Быстро начала опохмеляться “для улучшения самочувствия”. В результате сформировалось запойное пьянство. Прогуливала работу, приходила на смену в пьяном виде. В связи с назревшей угрозой увольнения ушла с работы “по собственному желанию”. От спиртного не отказалась. Запой длились 7 – 8 дней, суточные дозировки достигали 1000 мл крепких спиртных напитков (водки, коньяка), светлые промежутки, длившиеся 4 месяца, обычно приходились на летний период (когда проживала на даче). Лечилась (под давлением мужа) в различных медицинских центрах, один раз — в наркологической больнице № 17.

* Московский НИИ психиатрии МЗ РФ.

Четыре раза проводились различные “завершающие” методики, однако оговоренные сроки воздержания не выдерживала, практически сразу после выписки “срывалась”. Последние годы длительность запоев и светлых промежутков остается прежней. В период трезвости занимается работой по дому, общается с внуками, ухаживает за животными (собаками), вяжет.

Через три месяца после операции по восстановлению слуха случился очередной 7-ми дневный запой и на 3 – 4-ый день похмелья возникли “голоса”. Они слышались извне — доносились из углов комнаты, с потолка, с улицы. Принадлежали группе незнакомых людей, мужчинам и женщинам. Между собой больную не обсуждали. Ругали, называли душой, свиньей, старухой, нецензурно бранили, отдавали приказы, угрожали смертью родных, если она им не подчинится, комментировали прошлую жизнь. Особенно усиливалась их громкость и напор во время свиста чайника, гула мотора автомобиля. Пропадали во время чтения, при смене места жительства (на даче), в опьянении (после приема 150 – 200 мл алкоголя). Считала, что дома “висят жучки”, камеры наблюдения, на нее навели порчу, сглазили. Испытывала страх, звонила родным, проверяла живы они или нет. Посещала храм, выполняла обряды, читала религиозную литературу, чтобы “избавиться от бесов”. Подозревала мужа в измене, связи с ее близкими подругами, находила доказательства, говорила, что видела мужа с брюнеткой в собственной спальне. Последние 2 года “голоса” локализируются в голове. Большая мысленно беседует с ними. Она сопротивляется “глупым” приказам, нецензурно ругается с ними, они отвечают в том же духе. Некоторые приказы выполняет: начинает пить “под их напором”, едет на дачу. В июне 2012 г. обращалась в “Научный центр психического здоровья” РАМН с целью избавления от “голосов”, амбулаторно принимала назначенный сероквель по 100 – 200 мг на ночь, улучшился сон. В связи с сохраняющимися постоянно звучащими “голосами”, после настойчивой просьбы мужа, обратилась в МНИИП.

Соматический статус. Повышенного питания. Рост — 165 см, масса тела — 85 кг. Лицо одутловато. Под глазами мешки. Склеры желтушны. Черты грубые. Губы увеличены в объеме. Нос в области спинки деформирован. Правый голеностопный сустав увеличен в объеме (неправильно сросшийся перелом, за врачебной помощью не обращалась). Стопы, голени пастозны. Дыхание везикулярное, ослаблено с обеих сторон, хрипов нет (курит много лет, по 1 – 2 пачки в день). Тоны сердца приглушены, ЧСС-74 в 1 мин, АД-120/80 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень чувствительна при пальпации, не выступает из-под края реберной дуги. С-м “поколачивания” отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Неврологический статус. Зрачки равны. Реакция на свет умеренная. Глазодвигательных расстройств

нет. Тремора нет. ПНП выполняет точно и уверенно. В позе Ромберга пошатывание. Сухожильные рефлексы (с рук) умеренные, без разницы сторон. С ног сухожильные и периостальные рефлексы низкие, без разницы сторон. Чувствительность на ногах снижена по типу “высоких носков”. Ахилловы рефлексы отсутствуют.

За время пребывания в клинике были проведены следующие исследования:

ЭКГ — синусовый ритм, ЧСС — 77 в мин. Заключение.: нормальная ЭКГ.

ЭЭГ: Легкие общемозговые изменения БЭА дисрегуляторно-органического характера с признаками заинтересованности стволово-диэнцефальных структур, явлениями негрубой, но стойкой диффузной ирритации на корково-подкорковом уровне. Локальные ирритативные знаки нестойки, в виде одиночных и групповых заостренных волн, регистрируемых по лобно-центральной и височной коре с перемежающейся латерализацией.

МРТ головного мозга, МР ангиография: Признаки дисциркуляторной энцефалопатии, очаги в белом веществе полушарий головного мозга сосудистого генеза, постнекротические кистозно-рубцовые изменения в левой лобной доле. Умеренно выраженная смешанная сообщающаяся гидроцефалия, преимущественно наружная. При проведении МР-ангиографии интракраниальных артерий данных за наличие гемодинамически значимых стенозов, аневризм или артерио — венозных мальформаций не получено. Патологических изменений венозной системы головного мозга не выявлено. Признаки умеренного снижения кровенаполнения артерий г.м. в целом, косвенные признаки атеросклероза церебральных сосудов.

УЗИ ЖКТ: Жировая дистрофия печени.

Данные лабораторных исследований: ОАК-гем. — 132 г/л, эр. — 3,9*10¹²/л, лейкоц. — 9,2*10⁹/л, СОЭ — 19 мм/ч; ОАМ — с/ж, прозрач., отн. пл. — 1030, р-ция — 6.0, лейкоц. — един, эпителий. — плоск. умер. Б/х кр.: БЛР, АЛТ, АСТ в норме, глюкоза — 5,4 ммоль/литр. RW, ВИЧ, маркеры гепатитов отриц.

Заключение терапевта: Хронический алкогольный гепатит.

Заключение невролога: Смешанная энцефалопатия (алкогольная, васкулярная, диабетическая).

Заключение ведущего научного сотрудника, доктора медицинских наук И. А. Носатовского: Энцефалопатия алкогольного генеза, смешанная (алкогольная, диабетическая) полинейропатия.

Заключение окулиста: Начальная катаракта обоих глаз. Ангиосклероз по гипертоническому типу.

Осмотр психолога: Работает медленно. Не сразу усваивает более сложные инструкции, снижен уровень обобщений. Затруднено выделение существенного. Дискредитирует тесты, называет их “ерундой”. Специфических нарушений мышления не выявлено. Проективные тесты выявляют крайнее раздражение,

настороженность, ригидность. Заключение: При снижении критики обнаруживает снижение уровня обобщений, затруднение выделения существенного.

Заключение эндокринолога: Сахарный диабет 2 типа. Ожирение 1 стадии. Рекомендовано определить ур-нь гормонов: ТТГ, Т4 своб., пролактин

Психический статус в момент поступления: входит неуверенной, шаркающей походкой. Садится, облокотившись на стол врача. Эмоционально достаточно выразительна. С грубоватой напористостью, обстоятельно и громко сообщает о наличии внутри головы “голоса”, принадлежащего одному человеку, меняющему тембр с мужского на женский. Постоянно перебивает врача, повествует обстоятельно, издавая, с излишней детализацией. При повторении вопроса проявляет раздражительность, повышает голос. “Голоса” ругают, обзывают, нецензурно бранят, угрожают убийством родных, если она не подчинится их приказам. Летом заставляли отключить холодильник, называли приготовленную пищу невкусной, требовали “все вылить”. Обсуждают прошлые поступки, просят разъяснений фактов из прошлого. Мужской голос признается в любви, а женский спрашивает: “Как ты можешь любить такую старуху?”. Подсказывают последовательность каких-либо действий, например, как приготовить суп. Комментируют действия — когда вяжет, они считают петли, читает молитву, — они повторяют. Она мысленно с ними беседует. Узнала от них, что они являются летающими людьми 3-х метрвого роста, бесами, змеями. Когда “голоса” затрагивают неприятные темы, больная ругается с ними, они отвечают в том же духе. Иногда “голоса” хвалят больную за то, что она им сопротивляется. Перед поступлением в МНИИП “голоса” запрещали госпитализироваться, заставляли “бежать отсюда”, говорили: “мы тебя туда не пустим”. Отмечает усиление громкости “голосов” во время гула мотора автомобиля. Допускает, что во время операции в ухо вставили проволочку с целью влечения, но полной уверенности в этом нет. Предполагает, что в голове произошли “какие-то болезненные сдвиги”, поэтому и возникли “голоса”. Отношение к пьянству поверхностное, анамнестические сведения по этому вопросу дает скудные, ссылаясь на давность событий. Акцентирует внимание на длительных светлых промежутках. Последний запой был 1,5 месяца назад. “Срывается” из-за ревности к мужу, желания “снять душевный дискомфорт, расслабиться”. Красочно, с упоением рассказывает как однажды, чтобы предотвратить очередной срыв, муж запер ее в квартире. Не растерявшись, она размотала клубок пряжи, сплела тугую веревку, к которой прикрепила пакет, предусмотрительно положив в него деньги. Затем с балкона окликнула знакомого грузчика, который и приобрел по ее просьбе спиртное. Благополучно возвратила пакет в квартиру и “оттянулась по полной”, чем “очень удивила мужа”, который еще долго не мог понять, откуда она взяла спиртное. Вле-

чение к алкоголю на момент беседы не испытывает. Думает прекратить пить на “какое-то время”, если, конечно, “голоса не будут мучать”. Интересуется причиной “голосов”, просит помощи, т.к. “жить с такой головой невозможно”. Во время исследования памяти из 10 слов отсроченно воспроизвела 2; при оценке счетных способностей (тест “100-17”) — выполнила верно лишь одно действие, на следующем ошиблась. Поняв это, от продолжения эксперимента отказалась под предлогом, что “уже вечер”, она плохо соображает, “да и муж вот-вот придет”.

На фоне проводимой терапии отмечено лишь некоторое уменьшение интенсивности вербальных обманов. Больная отметила, что “голоса” стали тише, она может отвлечься, “отстраниться” на короткое время. Временами слышит шум, содержания “голосов” разобрать не может. Продолжает утверждать, что “голоса” проштудировали ее мозг, “читают ее мозг”, берут ее мысли за основу и “раздувают”, сообщают, что им не нравится лечение и ее желание избавиться от них. Тяготеет их содержанием, просит не расспрашивать подробно, т.к. очень устала, да и иногда говорят такое, что лучше не озвучивать. Засыпает после инъекций транквилизаторов. Влечение к алкоголю не обнаруживает, сообщает, что ее “и не тянет”. В отделении поведение упорядоченное, соглашается с режимными моментами, необходимостью отказа в прогулках. Общается с соседками по палате, развлекает их рассказами о “голосах”, вяжет. С мужем отношения сугубо потребительские. Настойчиво просит его привезти те или иные вещи, халат, косметику, продукты. Врачу жалуется на неприглядный внешний вид, невозможность ходить в домашнем красивом пеньюаре — “не так поймут”. Планирует посетить парикмахерскую.

Проводилась следующая терапия:

в/м зипрекса 20 мг/сут (14 дней), феназепам до 2 мг в/м н/ночь, реланиум до 10 мг в/м н/ночь, миртазонал 30 мг н/н, вит. гр. В в/м, антиоксиданты (мексидол), гепатопротекторы (карсил), сахаросниж. пр-т (глюкофаж 850).

Заключение: психический статус больной определяется вербальным галлюцинозом, элементами чувственного галлюцинаторного бреда, неполной критикой к переживаниям, изменениями эмоций, манер, мышления по органическому (алкогольному) типу. Характерна наследственная отягощенность алкоголизмом: отец злоупотреблял спиртным. Личность пациентки в доболезненный период можно охарактеризовать как стеничную. В дальнейшем, по мере формирования и прогрессирования алкогольной зависимости, произошли личностные изменения в виде эмоционального огрубения, социального снижения (уход с работы, отказ от общения с подругами). Алкогольный психоз возник на фоне хронической алкогольной интоксикации, после окончания очередного запоя, на 3 – 4 день воздержания и изначально про-

текал как классический вербальный алкогольный галлюциноз (“голоса” локализовались во внешнем пространстве, содержали угрозы, обвинения, приказы, присутствовал систематизированный чувственный бред, поведение и аффект соответствовали тематике “голосов”). Отмечались единичные зрительные галлюцинации, тематически связанные с идеями ревности. Вербальные галлюцинации возникли у больной со сниженным слухом, перенесшей операцию по восстановлению барабанной перепонки. Они усиливались при внешних звуках (звук мотора автомобиля, свисток чайника), отмечалась их привязанность к ситуации (исчезали на даче). Это говорит об их и функциональном, и органическом характере. На фоне непрекращающегося запойного пьянства, отсутствия соответствующей терапии психоз принял хроническое течение. Исчезла экстрапроекция вербальных галлюцинаций, уменьшились аффективные проявления (ушел страх), упорядочилось поведение, появилась частичная критика к обманам восприятия. Сохраняется бредовая трактовка галлюцинаций (в форме бредового предположения): больная допускает появление “голосов” в результате враждебных действий окружающих (“сглаз”, “порча”, “помещение в ухо аппарата”), что может иметь место при хроническом алкогольном галлюцинозе. Учитывая данные анамнеза (подъемы АД), инструментальных методов обследования (МРТ головного мозга, МР ангиографии), неврологического обследования, можно говорить о ряде перенесенных сосудистых катастроф, видимо, “немых” инсультов, что явилось еще одним пусковым механизмом для развития вербального галлюциноза (по данным исследований, у 100 % пациен-

тов с острым алкогольным галлюцинозом имеется та или иная неврологическая патология). На основании оценки психического статуса, проведенного патопсихологического обследования, не установлено нарушений мышления, характерных для расстройств шизофренического спектра. Сходство вербальных галлюцинаций с псевдогаллюцинациями заключается лишь в их интрапроекции. Идеаторных, моторных, сенсорных автоматизмов не отмечено.

Диагноз: Хронический алкогольный галлюциноз. Энцефалопатия смешанного генеза (алкогольного, сосудистого, диабетического) с полинейропатическими проявлениями и когнитивным снижением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гофман А. Г. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов. Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук. М., 1968 г., 38 стр.
2. Гофман А. Г. Клинические варианты хронического алкогольного галлюциноза. В кн.: алкоголизм и токсикомании. М., 1968 г., стр. 41.
3. Гофман А. Г. Клиническая наркология. М., Миклош, 2003 г., 215 стр.
4. Левятов В. М. Некоторые аспекты алкоголизма и алкогольных психозов у женщин пожилого и старческого возраста // Патогенез, клиника и лечение алкоголизма: тез. докл. на плен. правления Всесоюз. науч. общ-ва невропатологов и психиатров. М., 1976 г., стр. 160 – 162.
5. Скобникова В. И. Протрагированные формы хронического алкогольного галлюциноза. В кн.: Вопросы психоневрологии, М., 1965 г., стр. 322.
6. Стрельчук И. В. Хронические алкогольные галлюцинозы. М., 1947 г.
7. Стрельчук И. В. Интоксикационные психозы. М., 1970 г., 370 стр.

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

Неисправимый протестант

Потомственный дворянин Харьковской губернии, генеральский сын Николай Николаевич Баженов (1857 – 1923) пришел в этот мир не столько рассудительным, сколько рассуждающим и возражающим и в таком качестве сумел сохраниться до последних дней своей сознательной жизни. Прирожденный протестант в изначальном смысле этого понятия (*лат.* protestants — несогласный), он просто не мог не попасться на глаза российской полиции, считавшей бесспорным, что приращения благонамеренности среди многочисленных народов империи следует добиваться, главным образом, усердным искоренением крамолы в любом ее проявлении.

Впервые перед блуждающим взором московской полиции он промелькнул как будто среди участников студенческих волнений 1881 года, но дела тогда раздувать не стали. В том же 1881 году он закончил обучение на медицинском факультете Московского университета и поступил сверхштатным ординатором в Преображенскую психиатрическую больницу и одновременно младшим врачом в частную лечебницу М. Ф. Беккер; спустя два года отправился в Западную Европу для усовершенствования в избранной специальности, а по возвращении в 1885 по приглашению Рязанского земства занял должность директора Рязанской губернской психиатрической больницы.

Весной следующего года Московское Охранное отделение впервые устремило на Баженова свой немигающий взгляд после того, как его адрес нашли среди зашифрованных записей С. А. Иванова (1859 – 1927) — видного народовольца, арестованного недавно, но объявленного в розыск как “государственного преступника” уже несколько месяцев назад. В марте 1886 года при обыске в квартире Баженова обнаружили обширную переписку с российскими политическими эмигрантами во Франции и, главное, один из номеров газеты “Народная Воля” (от 30.IX.1884). Изобличенного в антиправительственном мировоззрении доктора немедленно взяли под стражу и привлекли к дознанию. Однако, не получив от него, как выражались позднее советские следователи, “признательных показаний”, ему инкриминировали только хранение нелегального издания. Через два месяца Ба-

женова отпустили на волю, вменив ему в наказание предварительное содержание в кутузке и подчинив его гласному надзору полиции.¹

По Высочайшему повелению, гласный полицейский надзор с 5 декабря 1887 года заменили негласным, запретив вместе с тем Баженову проживание в Москве. С января 1889 года все ограничения с него формально сняли, но тайное наблюдение за ним продолжали фактически до Февральской революции. Секретные осведомители регулярно доносили в Особый отдел Департамента полиции то о каких-то неосторожных высказываниях Баженова в ресторане, то о его выступлениях в “Русской школе общественных наук” в Париже, то о его многочисленных знакомствах с лицами, “скомпрометированными в политическом отношении”. Когда же он пересекал границу Российской империи, его багаж по требованию Особого отдела подвергали самому тщательному досмотру.²

К почти постоянной слежке за собой Баженов относился с присущим ему благодушным юмором. Но подавать к защите свою докторскую диссертацию считал целесообразным не в Московском, а в Харьковском университете. Сразу же после блестящей защиты диссертации либеральная московская профессура принялась хлопотать о присвоении ему звания приват-доцента. Ректор Московского университета трижды (в 1894, 1897 и 1900 годах) возбуждал ходатайство “о принятии доктора Баженова в число приват-доцентов” и трижды получал отказ “по причине неблагоприятных отзывов канцелярии московского генерал-губернатора”. Однако 12 сентября 1902 года департамент полиции неожиданно пересмотрел накопившиеся в потайных закромах сведения о Баженове и санкционировал утверждение уже широко известного в городе психиатра (да к тому же основателя Литературно-Художественного Кружка) в звании приват-доцента с допущением его к педагогической деятельности для чтения необязательного курса “психопатических эпидемий”.³

Окрыленный таким успехом, Баженов тут же предложил Московской городской управе свою кандидатуру на должность главного врача Преображен-

¹ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 63. Оп. 32. Д. 33. Т. 2. Л. 125 об.

² ГАРФ. Ф. 102. Оп. 226. Д. 3. Ч. 140. Л. 37; Оп. 228. Д. 268. Л. 5 – 11.

³ Центральный исторический архив Москвы (ЦИАМ). Ф. 459. Оп. 2. Д. 5424. Л. 59. 59 об., 80.

ской психиатрической больницы и в 1904 году прошел на это место по конкурсу. Вслед за тем он вступил сначала в нелегальный “Союз Освобождения”, а через год — в легализованную Конституционно-демократическую (кадетскую) партию. Между тем французское правительство вознамерилось вдруг (в результате неизвестных закулисных маневров) награждать его кавалерским крестом ордена Почетного Легиона и послало в Москву вежливый запрос: “Не встречается ли препятствий со стороны местных властей к пожалованию названному лицу означенного ордена?”. В связи с интенсивными переговорами о французском займе для российского правительства канцелярия московского генерал-губернатора не отыскала каких-либо помех к награждению и во второй половине августа 1905 года орден доставили в Москву, чтобы вручить еще совсем недавно неблагонадежному доктору.⁴

К тому времени Департамент полиции утратил прежний интерес к Баженову, хотя и продолжал собирать о нем любые неблагоприятные сведения. Выяснилось, например, что в конце 1906 года Баженов в содружестве с адвокатом В. А. Маклаковым (1869 – 1957), писателем В. И. Немировичем-Данченко (1848 – 1936) и другими не менее яркими представителями кадетской партии основал в Москве весьма малочисленную масонскую ложу “Возрождение”.⁵ Хотя эта ложа представляла собой даже не объединение единомышленников, а скорее игру несогласных в некое тайное движение, бывший начальник Особого отдела Департамента полиции, освещавший впоследствии российское масонство в Париже, Л. А. Ратаев (1857 – 1937) относился к входившим в нее общественным деятелям настороженно и характеризовал их программу следующим образом:

*“Пускай интеллигенция оказывает революции всяческое содействие и поддержку, всячески приближая начало неизбежного конца, т.е. падения ненавистного самодержавного строя, но пускай она не забывает своей главной задачи, т.е. воспитание сознательной организованной демократии, без которой все завоевания революции будут непрочны. Такую задачу можно осуществить вполне успешно и плодотворно только при условии существования масонских лож. Они одни могут сгруппировать и объединить разрозненные силы русской оппозиции и направить их планомерно к достижению намеченной цели”.*⁶

Верный своей привычке носить груз ответственности, заведомо превышающий возможности обычного среднего человека, Баженов в 1906 году возглавил кафедру душевных болезней Высших женских

курсов, а в 1911 — Русский (позднее Всероссийский) союз психиатров и невропатологов. С тех пор главным врагом Преображенской психиатрической больницы пытались иногда преследовать лишь чиновники московской администрации: в 1907 году ему объявили выговор “за то, что он усиленно занимается политической агитацией в ущерб его прямым служебным обязанностям”; в 1911 году специальная ревизионная комиссия констатировала “невообразимое по мерзости” питание его больных, воровство на больничной кухне и полный беспорядок в больничной отчетности.⁷

На эти и подобные им нападки Баженов обращал внимания не больше, чем на комариные укусы в конце лета. Перед ним стояли гораздо более важные задачи. До Первой мировой войны он (совместно с коллегой С. Л. Цетлиным) успел построить и открыть частную психоневрологическую лечебницу на Донской улице (ныне специализированная клиническая больница № 8 им. З. П. Соловьева), а вскоре после начала боевых действий организовал и возглавил сводный эвакуационный госпиталь в Москве. Через полгода Российское общество Красного Креста ненадолго командировало его на Кавказский фронт, а в феврале 1917 года — во Францию для оказания психиатрической помощи военнослужащим русского экспедиционного корпуса.⁸ Там он застрял на пять с лишним лет.

Оторванный от привычной обстановки, лишенный столь важного для него своего круга общения, он жил надеждой на возвращение. Крайне встревоженный скудной и разноречивой информацией о событиях, происшедших на развалинах Российской империи, он попытался несколько раз связаться с оставшимися в Москве друзьями, а 31 августа 1918 года отправил письмо декану медицинского факультета Высших женских курсов Ф. А. Рейну (1866 – 1925):

“Многоуважаемый Федор Александрович,

Если я еще живу в Париже и не возвращаюсь к своей службе, то единственно потому, что мы совершенно отрезаны от России. Я даже сомневаюсь, чтобы это письмо дошло до Вас, хотя и надеюсь послать его через Датский Красный Крест.

Когда я принял эту командировку, мы все были далеки от мысли, что война эта затянется так долго; русская революция — в особенности большевистская — никому и во сне не снилась. Нельзя, наконец, было представить себе, что Россия до такой степени будет блокирована, что все сношения с нею — и почтовые и телеграфные — прекратятся.

Я не знаю, что делается на В[ысших] ж[енских] курсах. Не знаю даже существуют ли курсы. Думаю,

⁴ ЦИАМ. Ф. 16. Оп. 204. Д. 90. Л. 1 – 8.

⁵ ГАРФ Ф. 102. Оп. 233. Д. 12. Ч. 2. Л. 163 – 164.

⁶ ГАРФ Ф. 102. Оп. 316. Д. 139. Л. 27.

⁷ Биржевые Ведомости. 19. I. 1907. Врачебная Газета. 1911. № 35. С. 1105 – 1006.

⁸ Центральный архив города Москвы (ЦАГМ). Ф. 714. Оп. 2. Д. 189. Л. 391.

“ Pages actuelles ”
1914-1919

La Révolution Russe

ESSAI DE PSYCHOLOGIE SOCIALE

PAR

Le Dr N. BAJENOFF

Professeur de psychiatrie à l'Institut des Hautes Etudes Péniennes de Moscou.
Médecin en Chef de l'Asile d'Aliénés Proubrajenski (Moscou).
Médecin Inspecteur principal de la Croix-Rouge Russe en France.



BLOND ET GAY

ÉDITEURS

PARIS

BARCELONE

3, rue Garibaldi

Call del Bruch, 35

1919

1000 exemplaires

что если существуют, влчат жалкое существование. Знаю только, что для меня было бы большим горем потерять мою кафедру.

Поэтому обращаюсь к Вам, Федор Александрович, с убедительной просьбой: если возможно оставить все по-прежнему — тех же ассистентов с поручением вести преподавание психиатрии вместо

меня и тех же интернов, я взамен этого обязуюсь воспользоваться первым случаем для возвращения обратно в Москву.

Не смею просить Вас уведомить меня по телеграфу о результатах моей просьбы. Жму Вашу руку, многоуважаемый Федор Александрович, и желаю вам всего лучшего.

Н. Баженов⁹

В субботу 17 мая 1919 года на медицинском факультете Высших женских курсов, преобразованных во 2-й МГУ, прошел конкурс на замещение вакантных должностей профессоров и преподавателей. Баженова избрали профессором и заведующим кафедрой психиатрии 40 голосами против 7.¹⁰

Никто еще не знал тогда, что в первой половине 1919 года Баженов уже отдал в печать свои заметки о русской революции. Ни на миг не допускал он мысли, что эта публикация на французском языке (которым он владел, по мнению современников, не хуже, чем русским) способна навсегда закрыть ему дорогу назад, в Москву, где его считали городской достопримечательностью не менее 15 дореволюционных лет. Но даже если бы такое опасение и промелькнуло в его сознании, вряд ли бы удержался он от обнаружения своей политической позиции. Ведь инакомыслие должно сопровождаться инакодействием, чтобы не превратиться в традиционный российский кукиш в кармане.

Рассуждение Баженова о русской революции попало в пределы советского государства довольно скоро, и подверглась безотлагательному заключению в так называемом спецхране. Теперь же оно впервые переведено на русский язык К. А. Северовой и представлено ниже. В переводе опущены только отдельные обширные цитаты.

В. Д. Тополянский

⁹ ЦАГМ. Ф. 714. Оп. 2. Д. 1. Л. 81.

¹⁰ ЦАГМ. Ф. 714. Оп. 2. Д. 1. Л. 244 об.

XVI ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

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

14 – 18 сентября 2014 г., Мадрид, Испания

www.wpamadrid2014.com

Николай Баженов

Русская революция. Очерк социальной психологии¹

1.

История — это галерея, где мало картин оригинальных и много копий.

А. де Токвиль, Старый режим и революция

В демократии может быть столько Неронов, сколько ораторов льстит народу.

Гоббс

Русские никогда не приобщатся к истинной культуре, потому что их привели к этому слишком рано... Петр (Великий) сначала захотел сделать их немцами, англичанами, в то время как нужно было начать с того, чтобы сделать их русскими... Российская Империя пожелала покорить Европу, а будет покорена сама.

Ж. Ж. Руссо, Об общественном договоре

Можно было бы по пальцам пересчитать некоторые исторические события, которые в такой степени, как русская революция, определили не только лицо мира, но еще и течение мыслей, экономических связей индивидуумов и народов, устоявшихся взглядов, и так далее: падение древних цивилизаций и античных политических властей, появление католицизма, реформа лютеранства, открытие Америки, Великая Французская революция и это, пожалуй, почти все, произошедшее за века, что мы могли бы найти эквивалентное русской революции со всеми ее последствиями непосредственными и отдаленными. Не претендуя на всеобъемлющую оценку, достаточно только сказать, что политические, экономические, социальные последствия этого огромного катаклизма, а главное, последствия в области идей, которые сегодня еще невозможно оценить по-настоящему, будут огромны.

Другие люди, более компетентные, чем я, представляют доказательства этой страшной катастрофы, которая сотрясает сейчас нацию самую могущественную и самую богатую; пройдут годы, и поток книг об этом хлынет в массы: воспоминания, статьи, газеты, сборники и т.д... Я не претендую ни на то, чтобы квалифицировать, ни на то, чтобы объяснить это столь широкое движение, значительное и сложное, в причинах которого, в этом можно усомниться, даже гениальный мыслитель не смог бы разобраться и оценить их последствия. Мое устремление куда более скромное

— попытаться приоткрыть потайные факторы этой огромной революции, которая потрясла государство, привела в упадок весь народ, перевернула империю и самым непредвиденным образом изменила лицо современной истории. Это факторы психологические и психиатрические, на них социологи и историки обращают меньше всего внимания, но они-то интересуют меня главным образом.

Любопытно, что в Западной Европе в настоящее время, похоже, ограничиваются лишь констатацией конвульсии этого организма в сто восемьдесят миллионов жителей, занимающего шестую часть земного шара, и спрашивают себя, какое влияние они могли бы оказать на результаты войны, почти мировой, которая уже в течение четырех лет убивает народы и разоряет самые цивилизованные страны.

Есть два разумных объяснений этого: 1) Первая мировая война, такая отличная от всех предыдущих войн, обескровив нации, втянутые в конфликт, требует расходов, достигающих астрономических цифр; размеры и разрушения войны не мог предвидеть разум даже тех, кто ее пожелал; в результате возник своего рода моноидеизм, который привел к тому, что весь мир уже не способен судить о событиях иначе как об их связи и их влиянии на войну или, скорее, на исход и на конец войны. 2) Россия во все времена была для Западной Европы великой незнакомкой, и это, главным образом, для Франции, нации дружеской и связанной с нею уже более четверти века. Социальная основа России (абсолютно отличная от ее политического режима), ее менталитет, ее нравы и обычаи, ее экономическое и финансовое положение, если начать с впечатлений А. Дюма о его путешествии по России, над которыми и сейчас еще смеются в России, и до сегодняшнего дня, — это мир, куда идеи Западной Европы еще не проникли, кроме, разве, от коммивояжеров Германии в виде некачественных товаров или идей. Пишущий эти строки прекрасно помнит столпотворение во Франции двадцать пять лет назад по случаю праздников Тулон-Кронштадт; это был научный конгресс, и я принимал в нем участие. Меня совсем одолел русский гимн, его играли в самом конце поля едва я появлялся на приеме. На многочисленных завтраках и обедах префект или мэр произносили взволнованные речи, в ответ мне надо было, по-видимому, восхвалять франко-русский союз. Я надеюсь, что есть еще немало живших в то время, кто был скандализирован моими выступлениями, ибо в них не было банальных слов, а их от меня ожидали. Насколь-

¹ Это первый перевод на русский язык, за предоставление которого мы благодарим д-ра В. Д. Тополянского. Перевод А. К. Северовой.

ко я могу последовательно их воспроизвести сегодня, я говорил примерно следующее:

“Союз идей существует давно. Франция во все времена была широкой лабораторией идей, бросала их в мир, наряду с множеством новых формул в области науки, литературы или политики, слишком много, чтобы мы не стали ее учениками.

Но когда здесь говорят о союзе политическом, это уже другое дело.

Вы не отдадите себе отчета в том, что существуют, по меньшей мере, три России: Россия правительственная, Россия интеллектуальная и Россия народа. С какой из этих трех Россией вы намереваетесь заключить союз? Если с Россией правительственной, то не обольщайтесь. Царь и те, кто стоят вокруг трона, реакционеры до мозга костей. Они не могут вызывать никакой симпатии, у них нет даже более или менее точного понимания республиканской Франции. Необходимость франко-русского союза не может быть продиктована им ничем, кроме как текущим политическим моментом или необходимостью заключить договор о займе. В тот день, когда деньги будут получены или когда ситуация на шахматной доске изменится, Франция будет оставлена, скажем даже больше, продана. Настоящий союзник царской России — наверняка одна автократическая страна в Европе, Германия, и именно к ней тянутся ее симпатии.

Что же касается России народа, то тем более не питайте иллюзий по поводу его так называемого психологического сходства с французским народом и его симпатии к нему. Он никогда ничего не слышал о Франции, он даже не знает, где она географически расположена; француз для него просто “немец” (немой, который не говорит по-русски), такой же, как немец или другой иностранец. Если предположить, что когда-нибудь они смогут обсуждать дела или принимать решения, они не дадут ни единого су и ни единого солдата, чтобы помочь Франции вернуть Эльзас и Лотарингию, ибо эти географические и политические термины им абсолютно неведомы, как неведомы и ваши поражения в 1870 году. Неужели вы хотите, чтобы наш темный крестьянин вдохновился и пролил свою кровь ради реванша?

Остается Россия интеллектуальная. Что касается влияния на нее французских идей и языка, то они еще велики, как и симпатии к Франции. Но я, способный делать выводы на основании своих многочисленных и дружеских связей с Францией и в силу своего воспитания, в качестве истинного друга вашей страны должен предупредить вас, что влияние Франции на эту среду имеет ярко выраженную тенденцию к увяданию; вы не найдете сейчас в России того, что надлежит называть “быть на хорошем счету”. Надо четко сознавать, что этот пресловутый франко-русский союз заключен только правительством, абсолютно непопулярным, что он заключен только ради того, чтобы получить новую поддержку, что деньги, выде-

ленные Францией, пойдут на то, чтобы консолидировать царский режим, и послужат для усиления тайной полиции, жандармерии и т.д..., что, одним словом, Франция не посчиталась с либеральными чаяниями российских интеллектуалов.

Особенно нужно помнить о том, что Россия не является единой ни по территории, ни по времени. Эта страна, которая, если следовать словам поэта, раскинулась “от хладных финских скал до пламенной Колхиды и от пошатнувшегося Кремля до незыблемой китайской стены” и населена народами и расами, которые не питают друг к другу никакой приязни, не понимают друг друга, у которых разная земля и разный климат, у которых нет никаких общих интересов — ни политических, ни экономических — и они еще живут по своему образованию, нравам и обычаям в XVII веке, в то время как тонкая прослойка интеллектуалов, *интеллигенция*, как называют их в России, — вполне наши современники”.

Вот примерно то, что сказал я в ответ на речи, адресованные мне префектом и мэром под аккомпанемент *Боже, царя храни*. Роль Кассандры — плачевная роль, и я безусловно поступил опрометчиво, высказав это двадцать пять лет назад. Конечно же, не такого ответа ожидали от меня, и он был для присутствующих равносильен холодному душу. В общем, думаю, что никогда не был я так прав, как тогда, и никогда у меня не было больше случая оказаться пророком.

Действительно — и события, к сожалению, только доказывают это — увлечение французом будущим союза не объясняется достаточным образом. Если даже допустить честность и верность обещаний, данных царем и его министрами, как не бояться смены режима, пусть даже всего лишь вполне естественной, всходящим на трон наследником той же династии, но в отличие от его предшественника придерживающимся иных взглядов и иных симпатий?

Политическая история России дает, однако, поучительный пример в этом смысле, когда Россия, будучи в состоянии войны с Пруссией, при вступлении на трон нового царя, Петра III, из-за его личных пристрастий в корне изменила свою политическую ориентацию и перешла из стана врагов в стан союзников той же Пруссии. В современных условиях этот фактор нельзя упускать. Как нельзя не учесть влияние женщин, русские императрицы и великие княгини почти все были немецкого происхождения... мы ведь никогда не видели в соборе Москвы никого из Бурбонов, или Орлеанов, или из рода проклятого Наполеона.

Вспоминаю, что совсем незадолго до этого я встречал во французской прессе несколько сомнительных высказываний, правда, со множеством оговорок и с деликатностью, скорее намеками, о том, что делают в России с деньгами, заимствованные из неисчерпаемых французских кубышек; но ставился ли когда-нибудь всерьез вопрос о тщательном контроле? Правительство Франции и общественное мнение на-

стояли, чтобы миллиарды франков, заимствованные у Франции, были использованы на укрепление русской армии, на ее обеспечение, на обеспечение стратегических железных дорог, на улучшение других дорог и, главное, на пути сообщения, на увеличение подвижного состава (локомотивов и вагонов), на восстановление металлургической промышленности и доменных печей? Современная война блестяще доказала необходимость сделать это... Зато русское общество имело повод прийти в волнение, сочтя, что деньги, полученные в результате этого займа, поскольку они еще не растрочены, пойдут на аппарат, который можно было бы назвать “в защиту династии Романовых”: тайная полиция раскинула свою зловещую тень даже на западные страны, жандармерия, тюрьмы и т.д. По поводу русского займа: разве мольба русских о нем — как социалистов, так и либералов — чтобы не выковырять с помощью французского золота новые цепи для русского народа, была услышана? Разве во Франции не были заранее предупреждены, что после падения царизма Россия не заплатит своим заимодавцам? Не было и не бывало никогда статьи договора союза, которая предугадала бы и внушила имперскому русскому правительству меры хоть сколько-то либеральные; однако было вполне вероятно, что в случае европейского конфликта недовольство общества взорвется. Итак, союз был заключен в предвидении возможной войны: управлять — значит предвидеть! Франция не только ничего не предвидела, но, несмотря на свои посольства, военных агентов, всяческие миссии, даже не озаботилась разузнать о жизни и политической обстановке в России, оставшись в этом почти на том же уровне, что и в легендарных анекдотических рассказах Александра Дюма о его путешествии в Россию.

Историческая объективность и беспристрастность обязывают меня сказать, что и в то время во Франции прозвучали голоса, и голоса самые авторитетные, что Франция потеряла всякий контроль над альянсом, что Россия одна определяет его суть и направление, и только царизм получает от него пользу (Жорес в своем докладе в Берлине в 1905 году). Но это был всего лишь *глас вопиющего в пустыне!*

Что касается основной массы русского народа, то пристрастие французов основано было на вере, что между двумя этими народами существует глубокая симпатия и сходство чаяний и надежд. Некоторые даже доходили до того, что думали, будто русские, возможно, загорятся мыслью о реванше и что вопрос об Эльзасе и Лотарингии заинтересует их до глубины души. Кого они имели в виду? Этих крестьян из Москвы или северных провинций России, или крымских татар, молдаван из Бессарабии или грузин из Тифлиса, мелких буржуа из Петербурга или подобных им из Владивостока, казаков с Дона или из Забайкалья?

Итак, не нужно быть крупным мыслителем, чтобы предположить, что все эти люди, даже не знакомые друг с другом, у которых совершенно разные интере-

сы, разделенные по этнографическому, географическому, экономическому принципам, психологически не могут представлять собой единое целое и даже нацию, и являют собой всего лишь политическое и административное единство.

Впрочем, как я только что сказал, для большей части русского народа, в основном неграмотной, Франция — такая страна, как какие-нибудь Мексика или Австралия. Русский крестьянин даже понятия не имеет, где находится Франция, каковы основные вехи ее истории и форма правления. Право, надо быть слишком легковерным, чтобы надеяться, будто русский мужик вдохновится идеей реванша и возвратом Франции Эльзаса и Лотарингии, о которых он никогда не слышал. На это потребовалось бы мышление куда более широкое, чем его, комплекс идей выше уровня мировоззрения и политических идей русского крестьянина, у которого, — и последние события в достаточной мере это доказали — даже мысль об общей родине часто не выходит за пределы его провинции. Разве мы частенько не слышали ответа какого-нибудь мужика из Рязани или Вятки на призыв защищать Россию от врага, который уже оккупировал некоторые ее территории: “А мне что за дело! До нас немцы не дойдут!”

Остается третья Россия — “интеллектуалы”. Определяя круг тех, кто входит в эту группу — лица, получившие какое-то образование: люди различных либеральных профессий, большая часть различных *чиновников* (представителей бюрократии и административного аппарата), небольшая часть личностей, которые не относятся к этим двум категориям, не обременены службой или ремеслом, — мы придем к ничтожному числу, не достигающему на деле двух или трех процентов от численности населения.

До войны, в мирное время, эта незначительная группа была едва достаточна, чтобы руководить публичными делами и формировать господствующий класс на таком огромном пространстве с очень разбросанным населением, как Россия. Какой-нибудь губернатор провинции по своей власти и полномочиям был равен французскому префекту, но иногда сама провинция по размерам своим была равна всей Франции. Мы видим одного следователя или одного врача на всю провинцию, которая даже в европейской части России иногда равна французской. И все это в стране, до такой степени лишенной коммуникаций, что за даже в двух или трех километрах от Москвы или Петербурга, невозможно ездить, колеса в некоторое время года утопают в грязи по оси; в других местах сообщение в те же времена абсолютно невозможно, и дороги совсем непроходимы.

Все это позволяет с уверенностью сказать, что Россия — колосс на глиняных ногах. Что же удивительно в том, что это колосс рухнул после этой войны, войны, которую можно сравнить только с космической,

почти вселенской катастрофой: потоп, неслыханное землетрясение, не знаю, наконец, что еще?

Попробуем теперь определить ответственных, я хочу сказать, определить интимные и глубокие причины этой катастрофы, не имеющей себе равных, катастрофы огромной страны, казавшейся такой могущественной и обладавшей в *потенции*, в латентном состоянии, богатейшими ресурсами. И прежде всего, уточним: речь идет не об одной революции, а о двух: одна, политическая, низвергла трон, смела династию и привела к власти Временное правительство; вторая, социальная, большевистская. Первая, как мы скоро увидим, сравнима с французской революцией 1789 – 93 годов; вторая — с коммуной 1871 года.

Попробуем проанализировать причины русской революции, но уточнив обстоятельства, в которых она произошла, и кто ей содействовал. Прежде всего, была мировая война, полная дезорганизация всех вековых устоев жизни народа, призрак голода в больших городах, разочарование измученной и раздраженной последствиями разгрома нации, наконец, целая вереница последствий катастрофичной мировой войны. Если бы не вспыхнула эта война и, главное, если бы она не длилась так долго — а этого никто не мог предвидеть — можно было бы с уверенностью сказать, что революционное движение не возникло бы еще, возможно, многие годы. На деле, классы, реально задетые и осознающие свой идеал, — всего лишь группа интеллектуалов, поборников конституции или близкие к ним, и еще группа социалистов, не имевших в стране никакого авторитета, если не считать больших городов, где они обладали некоторым влиянием на некоторые категории фабричных рабочих. Основная масса народа не была ни революционерами, ни социалистами и — я осмелюсь утверждать это — и сейчас тем более не является ими. Для русского, для кого-то, кто долго жил в России и знает русский народ, невероятно, до смеха, представить себе, как стала сегодня революционной и социалистической нация, еще вчера подчиненная и управляемая страхом перед жандармами и *урядником*, а позавчера (всего лишь 60 лет назад) освобожденная от крепостного права (есть еще много людей, родившихся и живших, как собственность владельца земли, *барина*; их могли продать, подарить или проиграть в карты).

Тем не менее, совершенно очевидно, что в начале весны 1917 года условия были особенно благоприятны для революционного взрыва. Я уже назвал одно, наиболее важное: война и ее последствия. Второе — несомненно, заметное падение престижа царя и династии. Особенно уменьшился и ослаб авторитет императора, можно было бы даже с уверенностью сказать, что он сам и императрица в большой мере способствовали ослаблению престижа и авторитета, которыми они обладали по наследству.

Много раз говорено по поводу подобных событий: “Если Юпитер хочет кого-то погубить, он лишает

его разума”. Это изречение никогда не было столь верно, как в данном случае. Хотя у правящей династии был только один случай чисто эротического безумства, постигшего императрицу, когда император, по словам его приближенных, выглядел, казалось, неискренним, бессильным, лицемерным, и это скорее из-за слабости характера, чем из-за слабости ума (он, говорят, обладал своего рода личным шармом и даром красноречия), тем не менее все, что произошло во время его несчастного царствования как для династии, так и для России, было на грани безумия. Это не было заурядное правление, когда серьезные политические ошибки совершены правительством; я говорю именно *безумие*, употребляя термин, бытующий в народе; чтобы оставаться на научной терминологии, я должен был бы сказать — умственное вырождение. Об императоре Николае II поговаривали, что он страдал эпилепсией, правда, с редкими приступами.

Я никогда не знал его лично, никогда не был призван лечить его. И следовательно, точно об этом судить не могу. Но если это так, это могло бы быть основанием его умственной неуравновешенности; ее обязательно нужно принимать во внимание, чтобы понять и объяснить слабость его характера, его внушаемость, его непоследовательность в мыслях, его порывы, толкавшие его совершать правительственные ошибки, которые иначе объяснить нельзя. В качестве доказательства хочу привести только последние лет его царствования. Даровав конституцию, он попытался сделать все возможное, чтобы ограничить обещанные свободы, и преуспел в этом настолько, что от них не осталось ничего, лишь только фасад, парламент, где депутаты, избранные согласно избирательному цензу, ни в коей мере не представляли ни мнения, ни чаяния страны. Впрочем, парламент был ограничен до полного бессилия из-за существования наряду с ним Имперского Совета, сформированного в большинстве своем из старой реакционной бюрократии, не избранной, но назначенной императорским указом.

Во время этой катастрофической войны, более четырех лет разоряющей весь мир, когда русский народ, отравленный предательствами, полным отсутствием предвидения, подозрительным поведением императрицы и наиболее приближенных к ней придворных, неблагоприятными действиями Распутина — злого гения России и, главное, династии, желавшей иметь только министерство, “которое пользовалось бы доверием и уважением общества”, император только и делал, что назначал министров, (таких как Штюрмер, Голицын, Маклаков, Протопопов и т.д.), поражая страну. Эти назначения, казались вызовом или плохой шуткой до такой степени, что я слышал от монархистов чистейшей воды, проживших с начала войны за границей и, следовательно, не имевших никаких контактов с русской средой, такое восклицание: “Да он же ведет страну к революции!”

Нужно было сделать только один жест, произнести только несколько слов, чтобы снискать популярность, какую редко можно было видеть у какого-нибудь правителя, только произнести слово, для успокоения своего народа, сказав ему, к примеру, что внутренние распри забыты перед лицом опасности и врага, что остаются только граждане без различия политических партий и, главное, продолжить эту декларацию амнистией, пусть выборочной и неполной, но способной продемонстрировать нации его добрую волю. Он не проявил этой интуиции, он не произнес этих слов облегчения, он ничего не сделал даже для того, чтобы вернуть политические права своим лучшим подданным — кадетам (аббревиатура из слов конституционные демократы). Среди них были самые выдающиеся лица Империи; они одни в силу своего образования, опыта в делах, своей интеллектуальной культуры могли руководить государственными делами и вести парламентские дискуссии не в утопистском, а в либерально-сдержанном тоне. Это была партия людей лояльных, именовавших себя “оппозицией Его Величеству” в английском понимании этого выражения.

В таком анализе событий мы прежде всего находим основные данные: революцию подготовила царствующая династия. К несчастью, Франция была подведена к заключению союза с Россией в царствование Александра III, царствование самое злосчастное и ультрареакционное. Два последних правления и даже вторая половина правления Александра II, занявшие, в общем, период около полувека, не могли ни предугадать, ни уступить справедливым чаяниям просвещенного населения; они торговали всяческой законностью и жили в беззаконии, как рыба в воде. Можно утверждать, не боясь ошибиться, что в ту эпоху Россия не знала даже тени консервативного режима, здорового и разумного; я уже не говорю о режиме хоть сколько-нибудь либеральном. Я не хочу составлять список правительственных мер, принятых в срочном порядке, чтобы привести в отчаяние образованных людей, оставив остальных прозябать в нищете и неведении.

В заключение ограничусь тем, что скажу: режим в России не был ни консервативным, ни даже реакционным, а был режимом бунта, идущего справа. В сущности все в этой веренице министров, — от Толстого и Победоносцева до Плеве и Кассо и затем Щегловитова и Штюрмлера — были не консерваторами, но своего рода бунтовщиками. Они использовали правительственные методы, которые можно было бы квалифицировать как “большевистские”. Беззаконие и тирания царского режима, никогда не умевшего что-либо предпринять, чтобы развить у народа чувство законности, наверняка способствовали тому, чтобы открыть путь к большевистской революции. Эта революция рабски скопировала все предыдущие методы правления: угнетение большинством меньшин-

ства, отрицание суверенного права народа на Учредительное собрание, и самой парламентской системы, террор и беззаконие. Впрочем, пресловутая “черная сотня” прежнего режима в настоящее время принимает участие в революции большевиков. Знаменитый главнокомандующий армии большевиков Муравьев — бывший московский *пристав*, производивший при старом режиме множество обысков в домах и незаконные аресты.

Нельзя даже сослаться на то, что лишь некоторые слуги прежнего режима не предвидели ничего, что может произойти, даже не предчувствовали этого. Я вспоминаю в связи с этим один разговор в Виши с известным Дурново — главой тайной полиции Империи. Это был человек очень образованный, но в результате одной сомнительной авантюры — домашнего обыска у влиятельного иностранного посла (!), которого он заподозрил в том, что тот увивается за его любовницей, — впал в немилость и навлек на себя резкое распоряжение императора Александра III на рапорте по поводу этого инцидента: “Пусть меня избавят от этой свиньи!”. Он вышел в отставку, что, впрочем, не помешало ему в дальнейшем стать министром внутренних дел. Так вот этим самым Дурново, когда он был главой тайной полиции, я был заточен в тюремную камеру и потом два года жил под надзором полиции.

Я был в то время главным врачом одной большой психиатрической больницы. Мое преступление, если его можно назвать преступлением, было вполне безобидно и заключалось лишь в переписке, вполне легальной и лишенной какой-либо политики, с несколькими русскими эмигрантами во Франции, где я незадолго до этого продолжительное время жил. Бдительный надзор полиции заключался в ограничении некоторых прав, из которых самым оскорбительным был запрет покидать место постоянного жительства. На попавшего хоть раз под надзор полиции заводилось дело, хранившееся в сыскальной полиции до конца его дней. Мое давило на меня почти двадцать лет, до смерти великого князя Сергея, тогда генерал-губернатора Москвы, который на многочисленные предложения факультета допустить меня к преподаванию в высшей школе, всегда накладывал одну и ту же не подлежащую обсуждению резолюцию: “нежелательно”. Хотелось бы знать, какую опасность может представлять для установившегося порядка, для царизма и царствующей династии врач-психиатр...

Я с горячностью воспользовался неожиданной, случайной встречей с Дурново, чтобы вызвать его на разговор. Он не отрицал актов беззакония, в которых я его упрекал, но “что вы хотите, сказал он, эта нация (русские) обречена на полицейский режим, если только не впадет в анархию”. В недавно появившейся брошюре (“*Большевизм и иудаизм*”) я нашел схожие мысли одного министра-большевика, сказавшего, что “Россия способна быть суверенной лишь при автокра-

тическом или большевистском правительстве”. Один ультрареакционный министр, Победоносцев, утверждал, что, “если когда-нибудь автократия в России потеряет власть, невесть какая банда авантюристов, придя в нашу политическую систему, сумеет, возможно, захватить власть и какое-то время продержаться там”.

Тут мы сталкиваемся с фактом из области психологии. Не недовольство народа втянуло его в революцию; наверняка кризис был вызван слишком затянувшейся войной, множеством наших неудач, главным образом из-за неорганизованности, бездарности, непредусмотрительности руководителей, (я не думаю, что сознательное предательство совершалось в России чаще, чем в других союзнических странах), нехваткой продовольствия и предметов первой необходимости. Однако не было в народе революционных поползновений. За несколько месяцев до революции царь еще пользовался огромной популярностью, и я бы не удивился, если бы он пользовался ею еще долго у огромных масс народа, несмотря на провозглашение России республикой и несмотря на резолюции всевозможных “советов” и прочих сборищ. Русский крестьянин в массе своей не приверженец ни республиканцев, ни тех, кто выступает против династии; его единственная постоянная забота — земля; раздел земельной собственности — его мечта, и этим его притягивают вожаки социалистов и экстремистов. Еще сегодня, если бы ему пришлось делать выбор между монархией, самой абсолютной, подавляющей железной рукой всякое стремление к свободе, смутной и непонятной для него, но с дележом земли, и республикой, самой передовой, но с уважением земельной собственности, его выбор был бы скор: он ни во что не поставил бы всеобщее избирательное право, свободу вероисповедания, печати, митинговые призывы, права разных национальностей и наверняка выбрал бы великодержавного царя, дающего ему землю.

Подавляющая масса русского народа рутинна и консервативна, как и во всех других странах, а может, еще больше, чем в других странах. По этой же причине революция в России приняла столь сильный характер. Ей надо было приспособиться, во-первых, к условиям и последствиям мировой войны, сопоставимой с вселенской катастрофой, и, во-вторых, к новым формам политической и социальной структуры, не имевшей ранее возможности развиваться медленно и прогрессивно, в чем состоит огромная ошибка старого режима, не способного, особенно в последние годы правления Николая II, ничего ни предвидеть, ни даровать. Вся политико-моральная структура огромной нации вдруг обрушилась. Если бы император не совершил ошибки отречения не только от своего имени, но и от имени своего наследника, царевича (на что он, скажем между строк, не имел никакого права), Николай II смог бы умело подготавливать медленный и прогрессивный переход к новым политическим и со-

циальным формам и к возможности прогрессивной адаптации народа. Однако прыжок в сторону столь значительный и столь неожиданный, привел к революции, доселе еще невиданной. И Калибан в лице сорвавшегося с цепи русского народа взбунтовался против всех стоящих у власти, но главным образом, против всех представителей интеллигенции; он расстрелял лицеистов и приговорил к смерти только в одном Киеве 2200 офицеров.

Двадцать лет назад я, помню, увидел во Франции на стенах выборную афишу Клузере, старого генерала коммуны 1871 года. На афише были такие слова: “поверьте мне, старому революционеру: эволюция куда лучше, чем революция”. Как он был прав!

Из трех великих принципов Французской революции — свобода, равенство, братство — большинство русского народа удержало в памяти самое спорное: равенство! Этот принцип всегда был только метафизической концепцией философов XVIII века, не относящийся ни к чему, что существует в реальном мире, и никогда не был реализован за все время существования человечества.

В самой Франции во время Террора в Декларации прав человека, провозглашенной в 1793 году, равенство людей сформулировано таким метафизическим образом и представляет собой по существу пустой, хотя и широковещательный, вывод, примерно как сейчас в России: “Все люди равны по природе”. Формулировки 1789 года — “Все люди рождаются и живут свободными и равными в правах” — и 1795 года — “Равенство заключается в том, что закон одинаков для всех”, — сводятся к понятиям намного более разумным, отвечающим реальной жизни и впоследствии реализуемым.

Нет, не все люди равны от природы, и всегда будет существовать только биологический закон, главенствующий над всеми декретами, резолюциями и законами, написанными рукой человека. Вот в чем состоит первостепенная колоссальная психологическая ошибка. Даже в пору пещерных людей были различия в силе, но в цивилизованном обществе, где дела решают главным образом мозгами (а они у всех разного уровня, превосходные или наоборот), где прогресс, тесно связанный с наукой, техникой, искусствами, все больше и больше ведет к их различию, тезис, что все люди равны, — бессмыслица. И если он временно торжествует, как сейчас в России, после насилия и тирании, он может привести только к мгновенному подавлению лучших. Сейчас в России инженеры на фабриках, получая за свой труд меньше рабочих, становятся чернорабочими. Такое расточительство сил, знания и умения страна не сможет долго выносить, чтобы не стать банкротом. Уравниловка в низком положении и нищете — это как раз то, что может породить ненависть и зависть, ту ненависть, которая является *primum movens* (лат. первой причиной) честолюбивых устремлений к уравниловке. Не нужно

быть семи пядей во лбу, чтобы предсказать: вскоре пролетариат, которого обещают осчастливить, будет первым влачить жалкое существование. В современных экономических условиях, в условиях жестокой мировой конкуренции, общество может жить и бороться только непрерывными усилиями своей элиты, потому что именно она осуществляет прогресс в науке и технике, обеспечивает работу и хлеб рабочим. Полный социализм или диктатура пролетариата есть не что иное, как жестокая и грубая замена огромным большинством неграмотных и необразованных в вопросах власти, заступивших на место тех, кого мы привыкли называть правящим классом, исключив все прочие слои общества. Это было бы превосходно, если бы первая статья этого нового *credo* (лат. убеждения) — люди равны — была верна и не вступала в явное противоречие с законами природы, никогда не признававшими “равенства”. Ясно, что это всего лишь метафизическая концепция, нереальная и к тому же не имеющая значения. Не логика и умозаключения всегда руководили крупными историческими событиями, но чувства и убеждения. Во имя очень иррациональной веры человеческое сообщество вдохновляется, жертвует собой и совершает великий исторический акт. Это один из законов психологии толпы. (Г. Ле Бон).

Братство тоже, впрочем, принцип скорее морального свойства, чем политического или социального. Свобода! Народ, должно быть, не знал, что с ней делать, он не хотел выборов тайных, прямых, равных и т.д. Неявка избирателей на последних муниципальных выборах ясно это доказывает. Впрочем, один человек, прах которого перенесен в Пантеон по декрету Национальной ассамблеи и которого в связи с этим нельзя обвинить в реакционной тенденции, сказал: “Свобода не является фруктом для любого климата, она досягаема не для всех людей. Чем больше я размышляю об этом принципе Монтескье, тем больше чувствую его правоту”. (Ж. Ж. Руссо. Об общественном договоре).

2.

Все вещи в труде; не может человек пересказать всего; не насытится око зрением, не наполнится ухо слушанием.

Что было, то и будет; и что делалось, то и будет делаться, и нет ничего под солнцем.

Бывает нечто, о чем говорят: смотри, вот это новое; но это было уже в веках, бывших прежде нас.

Екклесиаст, Глава 1, ст. 8, 9, 10

Все уже там было ...

*Слова Бен-Акибы
в пьесе “Уриель-Акоста” Карла Гуцкова*

С тех пор, как бьется наша куца мысль, человек все тот же, его чувства, его верования, его

ощущения все те же, он не сделал шага вперед, ни шага назад, он застыл на той же точке... Потому что мысль человека неподвижна. Однажды достигнув точных, близких пределов, она ходит по кругу, как лошадь в цирке, как муха в закупоренной бутылке, которая все время бьется о стекло.

Ги де Мопассан, На воде

Революция началась чередой беспорядков и бунтов, вызванных нехваткой хлеба. Если бы несколько воинских частей старой гвардии оказались в Петрограде, а не были посланы на фронт, где они потеряли старых дисциплинированных гвардейцев, не было бы, вполне возможно, повода для братания с народом и бунты были бы быстро подавлены. Но солдаты уже не являлись по сути солдатами в полном смысле этого слова, потому что были взяты из слоев, недавно призванных под знамена. Они воткнули штыки в землю, стали на сторону народа, и революция свершилась. Старый режим был сметен так стремительно, что удивил мир: в несколько дней и почти без человеческих жертв и пролития крови. На этот раз еще можно было бы повторить афоризм; “Правительства не свергают, они сами совершают самоубийство”. Это было началом политической революции, приведшей к власти таких людей, как князь Львов, Милюков, Головин, Шингарев, Гучков и самого большого экстремиста среди них, будущего председателя Совета министров Временного правительства Керенского. Сам я принадлежал к партии кадетов, многие члены которой вошли в это первое Временное правительство; я знал их лично, а с некоторыми близко дружил, и могу сказать, не боясь ошибиться в деталях, что это был режим жирондистов, но на этот раз фактически установленный сверху прежней властью.

Либералы-идеалисты, они не избежали судьбы всех жирондистов; их затопила сорвавшаяся с цепи народная волна. Не в силах сохранить свое влияние на массы, они оказались перед теми, кто не пренебрегает чрезмерными обещаниями — способом, известным более тысячи лет, потому что это практиковалось еще при Гракхах и с тем же успехом практикуется еще и сегодня; они были вынуждены уступить свое место более ретивым — сначала правительству Керенского, а затем социал-демократам, в большинстве своем *ulgo* (как обычно их называют) большевикам.

Я уже сказал, что из трех великих принципов французской революции главенствовал один — “равенство”. Ленин, Троцкий и другие большевики подменили борьбу за свободу, справедливость, право, что было самой основой либеральных чаяний оппозиции имперскому правительству и самих русских революционеров уже более века, борьбой классов. Отдадим им должное: они использовали лучшие и наиболее эффективные средства, чтобы подчинить массы и сохранить свое влияние на них и свою над ними власть: вся земля крестьянам, все фабрики рабочим, банковские вклады всем; займы, сделанные за-

границей денонсировать... Что за важность, что эта политика — если ее можно назвать политикой — быстрыми темпами ведет Россию к банкротству и что рабочий класс первым пострадает от этого, очень важно в результате огромного опыта установить полный социализм.

Не разум движет народами, а вера и чувства. И доказательством тому служат все грандиозные народные движения: крестовые походы, религиозные войны, великая французская революция, Парижская коммуна. Философы и социологи, однако, только сейчас начинают замечать это. Революционное движение, сотрясающее Россию, по всем признакам — движение религиозное. Я не думаю, что его главари надеются прийти и основать на месте русской Империи Социалистическое государство. Наверняка среди них есть подкупленные Германией, но безусловно одно: большинство их обладает сознанием проповедников. Это люди, верящие и надеющиеся в один прекрасный день добиться триумфа даже ценой собственной жизни, создать настоящее социалистическое государство. Они обещают массам то, что обещали их предшественники священники, но только в будущей жизни, — равенство, и на что люди могли надеяться только в лучшем из миров — в раю; они уверили массы, что все это будет сейчас, на земле, немедленно.

Во Франции мы теряемся в догадках и удивляемся, мы негодуем, мы, кажется, ничего не понимаем, что творится на нашей несчастной родине. Я утверждаю, что из всех цивилизованных стран именно Франция должна была бы четко понимать идеологию вождей и мировоззрение русских масс. Ошибочно сравнивать русскую революцию с тем, что произошло во Франции в 1793 году, но среди нас еще есть немало свидетелей коммуны 1871 года... Они не видят, что эти две революции абсолютно схожи? Но когда перечитываешь историю коммуны, поражает огромное число общих признаков в них, разделенных по времени почти полувеком. Здесь есть сходство во всем. Гражданская война, когда враг оккупирует землю родины, полная дезорганизация армии, после чего она подверглась жестокому разгрому, — все сходно до малейших деталей, до такой степени, что мы можем даже увидеть в этом некоторое утешение, потому что Франция все-таки выбралась из этого. Следовательно, мы не видим, что над революционной Россией витает тень даже не Карла Маркса, а Бланки и его сподвижников!..

Пусть мне будет позволено вспомнить некоторые вехи известного манифеста, опубликованного на следующий день после коммуны беженцами-коммунарками и подписанного тридцатью тремя известными французами. Вы найдете в них абсолютно ту же идеологию Ленина, Троцкого и компании, о которых, я не думаю, впрочем, что они предатели и продавшиеся, — они просто утописты, наполовину обезумевшие от злобы и зависти:

“Мы коммунисты, потому что мы хотим, чтобы земля, природные богатства не принадлежали большому одиночкам, а принадлежали бы всему обществу.

Потому что мы хотим, чтобы свободные от всякого насилия мы владели бы всеми средствами производства: землей, фабриками и т.д. ... рабочие сделают мир местом, где будет благополучие и не будет нищеты.

Последнее давление всех форм порабощения, господство буржуазии очистило эксплуатацию от скрывавшей ее мистической вуали: правительство, религия, семья, законы, такие институты прошлого, как президент, предстали наконец в этом обществе, урезанном до таких простых терминов, как капиталисты и наемные рабочие, как инструменты подавления средствами, которыми буржуазия поддерживает свое господство, удерживает пролетариат.

Чтобы приумножить свои богатства, капиталисты, изымая излишки труда, оставляют рабочим лишь столько, чтобы они не умирали с голоду... но пролетариат, наконец, дошел до того, что осознал самого себя, он знает, что его освобождение будет ценой его победы над буржуазией и что этот класс и классы вообще, будут упразднены; это конечная цель революции.

Мы революционеры, потому что для того, чтобы прийти к конечной цели революции, мы хотим силой сокрушить общество, которое держится только силой. Потому что мы знаем, что слабость, как законность, убивает революции, а энергия их спасает. Потому что мы сознаем, что нужно завоевать политическую власть, которую буржуазия ревниво охраняет, чтобы сохранить свои привилегии. Потому что в революционное время, когда все нынешние общественные институты должны быть уничтожены, диктатура пролетариата должна утвердиться и поддерживаться до тех пор, пока в освобожденном мире не останутся только граждане нового общества... Мы революционеры... потому что коммуна — это революционный пролетариат, вооруженный диктатурой, чтобы ликвидировать привилегии и уничтожить буржуазию... Коммуна — это военная сила социальной революции... Коммуна — это революционный период, в котором рождается новое общество... С одной стороны — все буржуазные партии — легитимисты, орлеанисты, бонапартисты, республиканские консерваторы или радикалы, с другой — партия коммуны, партия революции, — старый мир против нового... Делая вид, что они согласны с тем, что всеобщее избирательное право — надувательство, она (партия буржуазии) хотела бы заставить народ принять этот своего рода периодический фокус революции, она хотела бы видеть партию революции вошедшей в рамки законности буржуазного общества и тем самым перестать существовать; и небольшая часть революционеров под влиянием ком-

промиссного и ложного мнения большинства, поддается влиянию невежества и привилегий.

Радикалы станут последними защитниками умирающего буржуазного мира; вокруг них сплотятся все представители прошлого, чтобы развязать последнюю борьбу против революции. Конец радикалов станет концом буржуазии...

В своем окружении мы находим людей, дружба которых более пагубная, чем неприязнь, окончательно отсрочит победу народа, если следовать их советам... Не понимая, что революция есть сознательное движение человечества к цели, предназначенной ему историческим развитием и природой, они ставят образы своей фантазии на место реальности, и хотели бы подменить стремительное движение революции медлительностью эволюции, где они считают себя пророками...”

Хоть под этим манифестом и нет подписей Ленина, Троцкого и других большевиков, он вполне мог бы быть ими подписан; в нем — вся идеология последней фазы, фазы большевистской русской революции. В нем мы находим все то, что характеризует русскую революцию: и диктатуру пролетариата; и законность, которой не дорожат и которую приносят в жертву силе; и легитимистов, которых они кладут в одну корзину вместе с республиканцами, потому что они для них всего лишь просто буржуазные партии; и преследование и аресты (в ожидании, возможно, смертного приговора) конституционных демократов, кадетской партии, объявленных врагами народа, потому что “радикалы станут последними защитниками умирающего буржуазного мира”. Короче говоря, здесь есть все характерные черты большевистской революции и, конечно, французы не удивляются кажущимися бессмысленными особенностям русской большевистской революции, потому что этот текст (пасквиль), который я только сейчас привел слишком длинной, возможно, цитатой, подписан тридцати тремя французскими именами.

Что удивительного для вас в том, что происходит сейчас в России? Что кажется вам до такой степени непостижимым, что для объяснения этого вы призываете загадочность славянской души? Или надо увидеть разжалование и выборы офицеров?...

Первая русская революция, перевернувшая трон и династию, глубокими корнями уходила в русскую историю. Ее долгое время готовили, идеологически разрабатывали лучшие среди нас; она началась с Новикова и Радищева (конец XVIII века), была продолжена Чаадаевым, декабристами, перейдя от Герцена к Чер-

нышевскому, включая движения 1860 – 70 – 80 годов, затем к съездам представителей земств и городских дум после русско-японской войны, и, наконец, к спорам оппозиции четырех Государственных дум.

Русская революция в настоящий момент — не русская и не революция. Она не революция потому, что не несет на своих знаменах либеральных призывов, бывших душой всех революций; она происходит непосредственно из борьбы классов, борьбы пролетариата против буржуазии, против интеллектуалов, против либералов. Это насильственная попытка заменить пролетариатом все другие слои общества в собственности, в администрации, в опытах власти. Социализм почти не стремится к всеобщей избирательной системе, к свободе мысли и совести, к братству. Все, к чему революция стремится, — это гражданская война, полный социализм и анархия, диктатура пролетариата. Она не является вполне русским явлением, потому что по мысли ее подстрекателей необходимо всеобщее ниспровержение установленных порядков во всех странах без различия режима, будь то монархия или республика, потому что монархия или республика находятся в одинаковых условиях: это все-таки буржуазия.

А если это так, я отказываюсь понимать, почему ее ставят в вину русским: ведь что ни говори, общественное мнение сейчас настроено по отношению к нам скорее враждебно. Тем не менее, никогда раньше за время этой войны мы так не нуждались в помощи и всяческой поддержке наших союзников. Мы переживаем чудовишный кризис, все рушится под нашими ногами: частные накопления во всех своих формах сведены к нулю, даже сама частная жизнь находится под угрозой, подвергается опасности, правосудие и все гарантии упразднены. Впрочем, как заметил Рауль Риго: “Мы не устанавливаем правосудие, мы делаем революцию”. В России сейчас господствует тирания худшая, чем во время нашествия татар, а наши союзники и друзья нами не интересуются. Самая страшная угроза, которая нависает над нами, — это возможность, что в России восстановят порядок немцы. Но какой ценой, Господи?.. В предвидении всеобщего катаклизма, в котором погибнет вся современная цивилизация, мы можем утверждать, что такое положение вещей не может длиться бесконечно, но тогда, через один или два года, или через пять лет, какковы будут политические и экономические отношения России с Францией, Англией, Америкой и другими союзниками?! Только мы об этом задумались?

(Продолжение следует)

Еще раз о неуместном направлении усилий

О публикации П. В. Морозова “Без дураков...” в журнале
“Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина” № 4 за 2013 г.

Ответ А. Г. Гофмана

Эта публикация — очередная попытка ввести читателей в заблуждение с помощью недобросовестных приемов и прямого искажения фактов. П. М. Зиновьеву приписывается то, чего он никогда не говорил. Зиновьев привел характеристику П. П. Кащенко и Н. И. Яковенко, которую им дал Якобий. Сам П. М. Зиновьев никогда подобным образом не характеризовал этих выдающихся психиатров, к которым относился с большим уважением. Откуда же появились эти “дураки”? Зиновьев, действительно, превосходно знал французский язык. Слово *fou* имеет двойной смысл: это и безумец, душевнобольной, психически ненормальный, но это также глупый, глупец, дурак, а выражение *faire le fou* означает дурачиться, валять дурака. В том, что это так, легко убедиться, обратившись к французско-русскому словарю (К. А. Ганшина, 1946 г., стр. 250). Во французско-русском словаре, изданном в 1913 г. (составитель — Н. П. Макаров), на 503 странице дается следующий перевод слова *fou*: дурак, глупец, олух, болван, шут. Французские обороты речи, в которых употребляется слово *fou*, переводятся так: заставь дурака богу молиться, он и голову расшибет; глупому сыну не в помощь богатство; не ума набраться — с дураком общаться; глупый да малый говорят правду; дураки о добыче спорят, а умные её делят.

“Дурак” в России совсем не означает, что у человека низкий IQ. Когда кто-то совершает непродуманный поступок, тем более приносящий ему самому или обществу ощутимый вред, могут сказать: “Ну и дурак!”. Именно эту фразу произнесла одна дама, узнав от мужа, что он проголосовал за В. В. Жириновского. В России нелестные эпитеты далеко не всегда отражают их прямой смысл. Когда женщина встречает пропившего зарплату мужа словами “урод проклятый”, это не означает, что он горбат, непропорционально сложен и очень некрасив.

Если Якобий по политическим мотивам очень зло и нелестно отзывался о двух известных российских психиатрах, это к Зиновьеву не имеет никакого отношения.

Вряд ли П. М. Зиновьев мог допустить, что организаторы психиатрической помощи в России — сумасшедшие. Да и Якобию это вряд ли могло придти в го-

лову. Зиновьев никогда не характеризовал П. П. Кащенко и Н. И. Яковенко хоть как-то отрицательно. Наоборот, он отдавал должное их вкладу в организацию психиатрической помощи. В этом легко убедиться, ознакомившись с текстом его выступления на юбилее П. П. Кащенко. П. В. Морозов никак не хочет (или не может?) признать различие во взглядах Якобия и Зиновьева. Видимо, это необходимо только для того, чтобы опорочить Петра Михайловича Зиновьева, приписав ему то, чего он не делал.

П. М. Зиновьев, вопреки утверждению П. В. Морозова, никогда не описывал причуды Гиляровского. В беседе со мной он поделился своими воспоминаниями о Гиляровском. Это никак нельзя назвать описанием. Вряд ли можно считать упоминание о причудах, сделанное для психиатров — “путем к диагнозу”. Всё зависит от знаний и точки зрения тех психиатров, которые ознакомились с такими воспоминаниями. Причуды, если верить словарям, отнюдь не “безобидная деталь характеристики персонажа”, а чудачества. Они и были свойственны В. А. Гиляровскому — выдающемуся психиатру, заслуги которого перед отечественной психиатрией никогда и никем не оспаривались.

Вопрос о “крепких словечках”, употреблявшихся П. Б. Ганнушкиным, никогда бы не возник, если бы не публикации П. В. Морозова. Вполне можно было бы обойтись и без них. Но, видимо, захотелось блеснуть сокровенными знаниями, не задумываясь при этом о последствиях таких откровений.

Теперь об оценке Ганнушкиным того, что сделал Зиновьев для появления “Клиники психопатий”. Как и в других местах своей публикации, П. В. Морозов передергивает факты и просто искажает текст. Ганнушкин не писал в предисловии к книге “без него мы бы не смогли”. На самом деле в предисловии написано: “Без его участия в этом деле (написании книги, А. Г.) мы бы не справились с нашей задачей”. Различие весьма существенное. Именно это примечание и послужило основанием для “сплетен” об авторстве П. М. Зиновьева — а не происки каких-то таинственных врагов. Точка зрения Ганнушкина явно искажена. Причем здесь “помощь технического плана”, кто и как это установил? П. М. Зиновьев не был ни машинисткой, ни стенографисткой, ни секретарем. Ко времени работы над текстом “Клиники психопатий” он

был известным психиатром, автором ряда публикаций и великолепной книги, значение которой, с моей точки зрения, П. Б. Ганнушкин явно недооценил.

Никаких противоречий в моих высказываниях о роли П. М. Зиновьева в написании “статик психопатий” нет, они существуют только в представлениях П. В. Морозова. Зиновьев рассказал, что текст “статик” написан им, а “динамику” писал сам Ганнушкин. Он же упомянул, что получил задание от шефа. В чем противоречия? Разве можно написать часть книги, не получив задания (приглашения) участвовать в ее создании?

Известно, что Ганнушкин отличался, по словам А. Г. Галаच्याна, постоянным чувством неуверенности в себе и нелюбовью ко всяким публичным выступлениям, в том числе на съездах и конференциях. На фоне этих тревожно-мнительных черт характера, по описаниям современников, возникали фобии (теперь их называют социальными), которые преодолевались весьма своеобразным способом. Как это происходило, видно из воспоминаний Виктора Михайловича Морозова и П. М. Зиновьева. Это ни в какой мере не дискредитирует Ганнушкина и понять, причем здесь синдром Жилия де ля Туретта, невозможно.

Теперь о главном обвинении, предъявленном А. Г. Гофману — сопоставлении главы о статике с главой о динамике психопатий. Они написаны по-разному, существенно различаются стиль и ряд оборотов речи. Понятно, что, получив задание написать текст “статик”, П. М. Зиновьев счел невозможным не использовать хорошо ему известные статьи шефа. Вряд ли Ганнушкин одобрил бы текст, в котором не отражены его публикации и взгляды на психопатии. Поэтому в разделах, касающихся клиники психастенического характера, истерических характеров, эпилептоидной психопатии, использованы тексты из ранее опубликованных статей Ганнушкина.

П. В. Морозов игнорирует очевидные факты: в “статике” описаны особенности 9 групп психопатий, а включения прежних текстов касаются только трех групп. При добросовестном сличении текстов надо было бы высказаться и про описания циклоидов, шизоидов, параноиков, неустойчивых, антисоциальных, конституционально глупых. Никаких доказательств, что эти тексты не мог написать Зиновьев, нет.

Разумеется, при подготовке текста к печати Ганнушкин вносил какие-то изменения в представленную ему рукопись. Возможно, что П. М. Зиновьев не был во всем согласен с точкой зрения Ганнушкина по некоторым частным вопросам. Судя по диагностической практике П. М. Зиновьева, он вряд ли разделял представления о “конституционально глупых”, он не диагностировал психопатию, если имелся только дисгармонический склад характера, но отсутствовали признаки социально-трудовой и семейной дезадаптации (декомпенсации).

Все это, однако, никак не отвергает участия П. М. Зиновьева в написании части текста “Клиники психопатий”.

По поводу стиля публикации П. В. Морозова. Если рассматриваются какие-то вопросы, касающиеся выдающихся деятелей науки, тем более создателей научных школ, принято не превращать обсуждение вопросов в нагромождение бездоказательных обвинений. Переход на грубость, наклеивание ярлыков, бездоказательные обвинения могут вызвать только обратную реакцию. Поэтому вряд ли стоит сокрушаться по поводу эмоциональных ответов.

Все высказывания в мой адрес типа “полет фантазии”, “гражданин соврамши”, а также сомнения в возможности верить моим воспоминаниям о П. М. Зиновьева, никакого отношения к обсуждаемым вопросам не имеют. Это просто стиль, заимствованный из дешевых, тенденциозных журналистских публикаций. В научных изданиях он неприемлем, даже если автором публикации является главный редактор журнала.

Ответ Ю. С. Савенко

В 4-ом выпуске Журнала им. П. Б. Ганнушкина появилась статья главного редактора П. В. Морозова “Без дураков...”, в которой градус спора превысил уже предмет спора. Поэтому пора объявить мораторий, хотя бы для того, чтобы положить конец неподобающей в научном журнале лексике. Такой как “подленькая сплетня” (в адрес П. М. Зиновьева), “злорадная критика” (в адрес В. Г. Остроглазова) и т.п. Но хотя тираж журнала Петра Викторовича в 100 раз больше (30 тысяч против 300 экз. НПЖ) при бесплатной рассылке, а один номер НПЖ по подписке больше 500 рублей, П. В. разгорячился до того, что напечатал свою реплику еще и в “Дневнике психиатра” (тираж 15 тыс.) и украсил аллегорическими фигурами скатывающихся кубарем в фонтане г. Бордо лжи с маской в руке, безразличия и глупости, и собой с назидательным перстом.

В конце концов, с чего все началось? Петр Викторович счел необходимым защитить Петра Борисовича от тех, кто чтит П. Б. не меньше его самого. Скажу больше, как бы это нескромно не прозвучало, и как бы это не стало предметом ревности для П. В.: мы рассматриваем свой Независимый психиатрический журнал как продолжение традиций журнала П. Б. Ганнушкина “Современная психиатрия”.

Сделаю только одно исключение, чтобы защитить одного из своих собственных учителей, проф. И. А. Мизрухина, рассказ о котором П. В. в сердцах воспринял фактически наоборот. Я пересказал, как Исаак Аронович Мизрухин, будучи начинающим ординатором и докладывая большого П. Б. Ганнушкину, поставил ему трехэтажный диагноз, на что Ганнушкин сказал: “Да просто дурак”. Но это было сказано не в адрес ординатора, как превратно понял П. В., а в от-

ношении усложненной красоты диагноза, к чему многие по молодости склонны. Побережемся же все вместе аффективных восприятий и оставим страстность для раскаленных, буквально огнедышащих сейчас проблем нашего предмета, с которыми первым и начал нас подробно знакомить П. В. Досадно, когда такой на редкость разносторонне одаренный человек как П. В. Морозов, помимо всего прочего ненавязчиво приобщающий всех нас своим журналом к искусству, тратит время и силы на борьбу с отнюдь не противниками, а искренними почитателями и П. Ганнушкина, и П. Якобия, и П. Кащенко, и В. Яковенко, и П. Зиновьева. В конце концов, если Зиновьев даже говорил что-то по-французски в адрес Кащенко и Яковенко, так ведь говорил не в буквальном смысле слова. А такого, и много хлеще, пруд пруди с самыми разными оттенками в нашей среде. Но с этим несопоставимы, очень сомнительные с точки зрения медицинской этики, воспоминания Е. И. Чазова или тиражирование фото уже смертельно больного Ленина как бы к нему ни относиться. Исключением является гениальный фильм Сокурова.

В заключение скажу, что только наш журнал дал отпор целой главе в учебнике “Социальная медицина”, вышедшем двумя изданиями общим тиражом 60 тыс. экземпляров, где Ганнушкин действительно

грубо и безграмотно очерняется самовлюбленным автором д-ром Е. В. Черносвитовым. Ему невдомек, что Петр Борисович спасал многих в эпоху революционного террора, и Марию Спиридонову и д-ра И. Б. Голанта и многих других. И что это была принципиальная позиция, выраженная с предисловии к первому советскому учебнику по судебной психиатрии Н. П. Бруханского (1928): “Пациенты с выраженными “психопатиями” и “реактивными” психозами должны признаваться невменяемыми”. Как я не тормозил всех наших генералов от психиатрии, никто не откликнулся. Где были тогда Вы, Петр Викторович? Да, Вы не были редактором Журнала им. П. Б. Ганнушкина.

Что касается причуд психиатров, то тем более нелепо бороться с вошедшим в пословицу образом психиатра (“того же поля ягода”), ведь тогда расписываешься в неосознанной стигматизации самого факта наличия психических расстройств. Несомненным преимуществом является причастность к этому миру, что позволяет полноценно понять своих пациентов и продемонстрировать собственным примером возможность сверхкомпенсации. И нет лучшего примера, чем наши самые выдающиеся: В. Х. Кандинский, В. М. Бехтерев, да и С. С. Корсаков. Только такая позиция свидетельствует о преодолении стигматизации.

РЕКОМЕНДУЕМ

Жан Бодрийяр, Карл Ясперс

ПРИЗРАК ТОЛПЫ

В книгу вошли работы
 “Власть массы” Карла Ясперса и
 “Фантомы современности” Жана Бодрийяра

М., 2014

Четверть века НПА России. XIV съезд

На съезде обсудили деятельность Ассоциации и общую ситуацию в психиатрии, включая практическую службу, систему образования, организацию профессиональных сообществ, отношения с властью и т.п.

Вопреки всем многочисленным препятствиям, ассоциация выжила, не изменив своим задачам и наименованию, упорно отстаивая три приоритета своей деятельности, служащие гарантией предотвращения использования психиатрии в немедицинских целях:

во-первых, собственно профессиональный, защищая повсеместно утрачиваемые клинические позиции, проясняя основной в психиатрии феноменологический метод, продолжая ежемесячные открытые клинические разборы, укрепляя концептуальную основу психиатрии, атакуемую антипсихиатрическим движением, и называя своими словами идущую под фанфары так называемую реформу психиатрии, представляющую ее разрушение;

во-вторых, правовой, где удалось добиться революционного прорыва в отношении прав граждан, признанных недееспособными, а также активно участвовать в нормотворческой деятельности и продолжать бесплатные юридические консультации по всем вопросам, связанным с соблюдением прав граждан в психиатрии;

в третьем приоритете — борьбе за профессиональную автономию, против тотального огосударствления психиатрии — мы, столкнувшись со все усиливавшимся движением вспять, восполняли всеми доступными нам средствами вынужденно пассивную позицию РОП. Это, в частности, борьба за реализацию вневедомственного государственного и общественного контроля положения обитателей закрытых психиатрических учреждений, это контроль по линии уполномоченных по правам человека психоневрологических стационаров, диспансеров и интернатов Мо-

сковской области и различных регионов страны (Челябинск, Красноярск, Пермь и т.п.).

Ассоциация восполняла своей деятельностью отсутствие состязательной судебно-психиатрической экспертизы и демонстрировала в журнале ошибки государственной экспертной деятельности в типовых рутинных и громких делах, в частности, “русского Брейвика” и фигуранта Болотной площади Михаила Косенко, — дела, которое стало политическим исключительно по вине властей. Продолжалась деятельность Общественной приемной, консультирующей граждан по всем вопросам, связанным с оказанием психиатрической помощи, и Форума, который вот уже более трех лет ведет юрист Джульермо Марикотто.

В силу общественно-политической обстановки последние два года Ассоциация работала вообще без грантов и, соответственно, вынуждена была сократить свою деятельность до минимума. В результате, даже не было средств, чтобы пригласить на съезд членов НПА из всех регионов, и было решено проводить выборы в электронном режиме.

Проблемная часть съезда, прошедшая в бурной дискуссии, была посвящена доказательной медицине в психиатрии, недопустимости игнорирования специфики психиатрии, механического переноса на нее опыта соматической медицины, атакам на клинический метод, пониманию соотношения категориального и димензионального подходов, критике МКБ-10 и 11, необходимости обновления методологии проверки новых лекарственных средств в соответствии с новой общенаучной парадигмой. Дискуссия увенчалась консенсусом изначально полярных позиций. Эта проблематика, фундаментальная для конституирования психиатрии как самостоятельного предмета, объединила усилия НПА России и РОП, свидетельством чего стало проведение съезда в Московском НИИ психиатрии.

Берлинский конгресс глазами наших молодых коллег

С 27 по 30 ноября 2013 года в Берлинском Международном Конгресс центре прошёл традиционный ежегодный конгресс немецкого общества психиатров и психотерапевтов. И, так же, как и на конгрессах 2011 и 2012 годов, для специалистов из Восточной Европы, работающих в области психического здоровья, была отменена оплата регистрационного взноса. Это позволило собрать на это значимое для европейской психиатрии мероприятие достаточно большое количество психиатров из стран Восточной Европы, включая государства бывшего СССР.

Официальным языком конференции являлся немецкий, однако достаточно большое количество симпозиумов проходило на английском языке. При этом несомненным положительным моментом настоящей конференции по сравнению с конгрессом 2012 года можно считать значительное расширение англоязычных секций и наличие синхронного перевода для ряда наиболее важных, с точки зрения организаторов, немецкоязычных симпозиумов.

Настоящая конференция привлекла внимание практических врачей и научных работников, поскольку в рамках форума обсуждались как наиболее актуальные проблемы мировой психиатрии, так и непосредственные рабочие вопросы.

В конгрессе участвовали психиатры не только из европейских стран, но также специалисты из США, Канады, и даже Австралии. Последние провели отдельную секцию, посвящённую вопросам психического здоровья жителей Австралийского континента.

Значительное внимание участников привлёк симпозиум, посвящённый новым психиатрическим классификациям, в рамках которого обсуждались подходы к диагностике, отражённые в DSM-5.

Особенное внимание на конгрессе уделялось также современным подходам к исследованию и диагностике душевных заболеваний с применением молекулярно-биологических, молекулярно-генетических, нанотехнологий и нейровизуализации. Этому было посвящено достаточно большое количество как немецкоязычных симпозиумов, так и секций на английском языке.

Традиционно на данном конгрессе ежегодно обсуждается психиатрия в Германии периода третьего рейха, остающаяся до настоящего времени достаточно болезненной темой для психиатрии Германии. Не был исключением и настоящий конгресс. Здесь, в том числе, обсуждались отношение Карла Бонгёффера к идеям национал-социализма и стерилизации психически больных. Кроме того, отдельный немецкоязычный симпозиум под руководством Манфреда Волферсдорфа и Ханса Ведлера был посвящён вопросам эвтаназии и помощи в совершении суицида. Эта тема достаточно активно дискутируется, особенно с

учётом того, что в ряде окружающих Германию стран эвтаназия в настоящее время разрешена.

Особенное внимание на конгрессе уделялось вопросам психотерапии и реабилитации психически больных. Здесь обсуждались различные формы и методы психотерапии и реабилитации, в рамках чего своим опытом делились специалисты из различных стран, включая Италию и Канаду. Лейтмотивом данных выступлений звучала направленность на внебольничные формы помощи и сокращение нахождения пациента на стационарном лечении. Также активно обсуждались вопросы оказания психотерапевтической помощи пациентам с психотическими расстройствами.

На отдельной секции дискутировались проблемы клинической работы с представителями ЛГБТ сообщества, где о своих наработках рассказывали психиатры из США и Канады. В числе прочего здесь были озвучены рекомендации для психиатров в США по работе с сексуальными меньшинствами молодого возраста и, напротив, вопросы помощи лицам нетрадиционной сексуальной ориентации пожилого возраста.

Особенно приятно для психиатров, принадлежащих к классической немецко-швейцарской школе, было увидеть в программе конгресса секцию, посвящённую Карлу Ясперсу: “Общая психопатология К. Ясперса — международные перспективы”. В рамках этого симпозиума обсуждались вопросы актуальности учения К. Ясперса на современном этапе развития психиатрии, Паулем Мак Хугом также был сделан доклад о преподавании американским психиатрам учения К. Ясперса.

Не обошли своим вниманием организаторы конгресса также столь актуальные в настоящее время вопросы миграции и связанные с ними вопросы психического здоровья мигрантов и проблемы организации качественной психиатрической и психотерапевтической помощи.

Российская психиатрия была представлена в трёх секциях, две из которых были организованы Российским обществом психиатров и молодыми психиатрами постсоветских стран. Под руководством профессора В. Н. Краснова и М. Кульгиной была проведена сессия РОП “Взаимодействие эндогенных и экзогенных факторов в патогенезе психических заболеваний: от исследования к терапии и профилактике”. В рамках сессии “Психиатрия в постсоветских странах: общее прошлое — разное будущее?” молодые психиатры подняли актуальную для стран бывшего СССР проблему развития психиатрии на постсоветском пространстве. Третья секция, на которой обсуждались проблемы российской психиатрии, проходила под эгидой Немецко-русского общества психиатрии и психотерапии, возглавляемого профессором Ханс-Йоргом Ассионом, где обсуждались сравнительные

вопросы психиатрической и психотерапевтической помощи на Западе и Востоке.

В целом, конгресс оказался достаточно интересным и разносторонним, поэтому у авторов сохраняется желание участвовать в нём и в дальнейшем.

*А. Г. Меркин, Е. Н. Динов, И. А. Никифоров
(Институт повышения квалификации ФМБА России,
Институт дополнительного профессионального
образования РУДН)*

Ежегодный Конгресс немецкой ассоциации психиатров и психотерапевтов (DGPPN) с международным участием, являющийся одним из крупнейших мероприятий в области психиатрии в Европе, в очередной раз прошел с грандиозным размахом, собрав более 10000 участников из 54 стран. Несмотря на большое количество делегатов, регистрация проходила по-немецки четко, без промедления, поскольку помимо стоек оргкомитета, в фойе были расположены многочисленные компьютерные терминалы, где желающие могли самостоятельно зарегистрироваться и распечатать именную пропуск участника.

На церемонии открытия был представлен доклад о коллекции произведений искусства, собранной в 20-х годах прошлого века немецким психиатром и психоаналитиком Гансом Принцхорном (1886 – 1933 гг.), работавшим в Гейдельбергском университете. Уникальность этой коллекции заключается в том, что все работы были созданы на рубеже XIX – XX веков пациентами психиатрических клиник Европы. Ганс Принцхорн изучал творчество душевнобольных, что нашло отражение в его книге “Творчество душевнобольных. О психологии и психопатологии образотворчества” (1922 г.). В то время книга вызвала серьезные споры среди экспрессионистов и сюрреалистов. Коллекция Ганса Принцхорна удалось пережить период национал-социализма, так как многие из работ были представлены в качестве “сравнительного материала” на известной *нацистской* выставке “Дегенеративное искусство”. В настоящее время коллекция открыта для постоянного посещения публики в музее Гейдельберга. Концерт Бетховена для фортепиано с оркестром в исполнении симфонического оркестра баварских врачей стал своеобразной увертюрой к конгрессу, на нескольких событиях которого хотелось бы остановиться подробнее.

В русле основной темы конгресса “От лечения к профилактике” профессор Danuta Wasserman (Швеция) представила результаты крупного европейского мультицентрового исследования SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), посвященного программам по выявлению риска и предотвращению суицидов среди школьников. В проекте приняли участие более 12000 школьников из 11 стран (Австрия, Эстония, Франция, Германия, Венгрия, Ирландия, Израиль, Италия, Румыния, Словения, Испания). Согласно полученным данным, у 58 % подростков риск

суицида отсутствовал. 13 % продемонстрировали высокую суицидальную готовность, сопровождающуюся такими формами рискованного поведения как злоупотребление спиртным, употребление наркотиков, недостаточность питания и т.д. Остальные 29 % школьников были отнесены в группу “скрытого риска”, так как их поведение, заключающееся в избыточном использовании мобильных и компьютерных устройств, сидячем образе жизни, укороченном сне, не воспринималось родителями и учителями как опасное и рискованное. Этот контингент также требует пристального внимания и помощи специалистов, так как при сравнении группа “скрытого риска” и группа “высокого риска” оказались схожи по многим параметрам. Так распространенность суицидальных мыслей составила соответственно 42 % и 44 %, суицидальных попыток — 5,9 % и 10,1 %, тревоги — 8 % и 9 %, субдепрессии — 33 % и 34 %, депрессии — 13,4 % и 14,7 %. Распространенность всех видов рискованного поведения возрастала по мере взросления, и была значительно больше выражена среди школьников мужского пола, в то время как у школьниц гораздо чаще возникали психопатологические симптомы. Профессиональный скрининг выявил примерно 12 % подростков, страдающих выраженной психической патологией и нуждающихся в лечении. Докладчик отметила, что, согласно рекомендациям Европейской психиатрической ассоциации, для профилактики суицидального поведения применяется комбинация психофармакологических средств и когнитивно-бихевиоральной терапии (единственного на сегодняшний день психотерапевтического метода, эффективность которого имеет убедительную доказательную базу при различных видах психической патологии). Однако необходимо помнить, что лекарственная терапия у детей и подростков должна проводиться с особой осторожностью. Лечение должно осуществляться бригадой специалистов, включающей психиатра, психолога, социального работника с обязательным привлечением к процессу членов семьи.

Большое внимание привлекла лекция профессора Ulrik F. Malt (Норвегия) “Какой вклад могут внести психиатры в понимание крайних форм насилия?”. Было отмечено, что психические расстройства (различные формы психозов) являются причиной совершения примерно 30 % массовых убийств, в то время как в остальных случаях поставить психиатрический диагноз убийце не представляется возможным. Докладчиком были проанализированы факторы, предрасполагающие к совершению массовых убийств, а также психологические портреты преступников (на примере А. Брейвика и др.). Как правило, эти лица выделяются наличием нарциссических черт характера в сочетании с болезненно низкой самооценкой и постоянным поиском признания. Большинство испытывало в прошлом унижение, отвержение, разочарования и неудачи. Многим из них присущи сверхценные и

навязчивые идеи, а также сознание своей правоты и отсутствие раскаяния даже после публичного осуждения. Эти люди ведут изолированный образ жизни и не имеют устоявшихся интимных или близких отношений, склонны к возложению вины на внешние обстоятельства и восприятию себя как жертвы. Незадолго до совершения акта насилия эти лица тщательно продумывают свой имидж и совершают фотосессию с оружием в руках, иногда размещая фото в социальных сетях. Говоря о возможном предотвращении подобных преступлений, Ulrik F. Malt отметил, что профилактика должна вестись на уровне школы, где психологи могут выявлять детей, у которых возникают трудности в общении со сверстниками и оказывать им помощь, в то время как преподаватели обязаны пресекать любые формы травли и унижения в детском коллективе и прививать культуру взаимного уважения. Кроме того, докладчик высказал свои претензии к прессе, которая фокусируется на виновниках преступления, демонизируя их, в то время как необходимо, наоборот, уводить от них внимание и сосредотачиваться на сочувствии жертвам преступлений.

Жаркие споры, как и на некоторых других конгрессах последних лет, вызвало обсуждение новых классификаций психических заболеваний, которые будут скоро утверждены и внедрены в практику. Профессор Allen J. Frances (США) обрушился с резкой критикой на опубликованную в мае 2013 г. DSM-V, которая включила в себя “большое количество новых психических нарушений с настолько размытыми и нечеткими границами, что миллионы людей, считающихся сейчас здоровыми, рискуют стать новоявленными пациентами”. Докладчик обвинил разработчиков DSM-V в “безответственности”, так как ни одно из “заявленных новых расстройств” не имеет достаточной доказательной базы для эффективных терапевтических рекомендаций, что является большим соблазном для фармацевтических компаний лоббировать свои интересы. Некоторые из новых “диагнозов” с легкостью могут использоваться для лиц, совершающих правонарушения, что, по словам Allen J. Frances, может привести к перераспределению фармакологических ресурсов от истинно больных психическими заболеваниями к тем, кому прием лекарств не показан вовсе. Уменьшение количества обязательных критериев для постановки диагноза “облегчит” диагностику и как следствие увеличит цифры официальной заболеваемости, создавая ложное представление о наличии эпидемии психической патологии. “Перед разработчиками была поставлена амбициозная задача изменить парадигму классификации, что является ошибочным и преждевременным до тех пор, пока мы не постигнем глубже причины психопатологии!” — заключил докладчик.

Организаторы конгресса не обошли вниманием одну чрезвычайно важную дату в истории развития психиатрии. Ровно 100 лет назад Карл Ясперс опубликовал

свой эпохальный труд “Общая психопатология”. Юбилей книги был отмечен организацией специального симпозиума, в ходе которого профессор Heinz Häfner (Германия) напомнил собравшимся биографию Карла Ясперса и этапы его карьеры. Было отмечено, что “Общая психопатология” явилась трудом, образцовым по методологии, четким по структуре и глубочайшим по содержанию, а непредвзятое рассмотрение и точное описание симптомов явились примером феноменологического подхода, который и по сей день является прочным фундаментом психиатрических исследований.

Приглашенный из США профессор Paul R. McHugh подверг резкой критике DSM-IV, учитывающую лишь наборы симптомов, без рассмотрения причин их возникновения. Докладчик сравнил современные классификации с орнитологическим справочником, который позволяет угадывать по внешним признакам, что за птица летит высоко в небе. В действительности же вероятность ошибки высока, так как разные виды птиц могут иметь сходные внешние признаки, и в то же время внешние признаки могут отличаться большим разнообразием внутри одного вида. Paul R. McHugh напомнил об основополагающих методологических подходах К. Ясперса: 1) *Объяснение* (“Erklären”), когда “психиатр в ходе наблюдения большого количества аналогичных клинических случаев способен *объяснить* возникновение некоторых психических расстройств, точно установив причинно-следственную связь между объективными жизненными событиями и закономерными био-психологическими изменениями”, 2) *Понимание* (“Verstehen”) некоторых психических расстройств через эмпатическое ощущение того, как у конкретного пациента одно психическое состояние переходит в другое. Применяя и развивая подходы К. Ясперса, Paul R. McHugh и его соавтор Phillip Slavney предлагают рассматривать психические изменения с четырех позиций:

1) *позиция болезни* подразумевает ответ на вопрос: “Какие структурные изменения возникают в головном мозге?” С этой позиции часто рассматривают депрессию, БАП, шизофрению, деменцию, панические расстройства и т.д.

2) с *поведенческой позиции* учитываются факторы (подкрепление, биологические основы), провоцирующие стереотипные формы поведения, такие как аддикции, нарушения пищевого поведения, парафилии и т.д.

3) с *позиции личностных особенностей* оценивают вклад характера в развитие психических изменений, возникших у индивидуума.

4) *позиция жизнеописания* помогает узнать об обстоятельствах жизни пациента, обусловивших его мировосприятие и приведших его, например, к одиночеству, затянувшейся реакции горя, ностальгии, моральному разложению и т.д.

Ежегодная всероссийская конференция психиатров в Самаре

По словам профессора философии Луисвиллского университета Osborne P. Wiggins (США), завершающего своим выступлением симпозиум, идеи К. Ясперса, развитые сторонниками феноменологического подхода в психиатрии, за последние 100 лет убедительно доказали свою практическую значимость. Несомненно, что современные исследования в психиатрии должны быть, как можно более научны, что значит, как можно более доказательны. Однако, по мнению докладчика, К. Ясперс посоветовал бы совре-

менным исследователям подвергать получаемые доказательные данные анализу с различных позиций, так как именно плюрализм подходов помогает отличить истину от ошибки.

Следующий Конгресс немецкой ассоциации психиатров и психотерапевтов состоится в Берлине с 26 по 29 ноября 2014 г. в только что возведенном ультрасовременном конгресс-центре CityCube Berlin.

*Павел Позновский
(Московский НИИ психиатрии)*

Ежегодная всероссийская конференция психиатров в Самаре

19–21 сентября 2013 г. в Самаре состоялась общероссийская конференция “Трансляционная медицина — инновационный путь развития современной психиатрии”. Конференция была проведена с большим размахом и показала, что российские психиатры идут в ногу со временем: могут на хорошем уровне обсуждать перспективы развития трансляционной и персонализированной медицины, демонстрируют значительные достижения в области молекулярно-биологических и фармако-генетических исследований, понимают необходимость взаимодействия специалистов, врачей-клиницистов и научных работников и риски использования новых биомедицинских технологий и достижений нейробиологии. Задача трансляционной медицины — преодолеть барьеры между учеными и врачами-клиницистами, быстро внедрить данные, полученные в эксперименте, в клиническую практику, перейти к эффективной медицинской помощи конкретному пациенту, т.е. персонализированной медицине. Задача, безусловно, актуальная, однако вряд ли осуществимая в условиях экономического кризиса и сокращения расходов на здравоохранение. За скобками осталось обсуждение того факта, что для эффективного развития трансляционной и персонализированной медицины, для преодоления технологического отставания России в нейронауках необходимо привлечение широкой финансовой поддержки государства и частных инвесторов, а также пересмотр и разработка новых правовых и этических норм в области медицины и, в первую очередь, в психиатрии. На конференции было много интересных докладов, помимо исследований в области биологической психиатрии обсуждались клинико-диагностические проблемы, терапия и профилактика психических расстройств, внедрение психиатрии в общемедицинскую практику. Отдельные секции были посвящены вопросам организации региональных суицидологических служб, помощи больным детского и подросткового возраста, комплексной помощи больным шизофренией, а также

психосоциальной реабилитации. Была показана необходимость формирования общественной модели здравоохранения, при которой качество психиатрической помощи определяется, прежде всего, теми, кому эта помощь предназначена, а не чиновниками и представителями страховых компаний. К сожалению, нам до такой модели еще очень далеко.

В рамках конференции состоялись также Сопровождение главных специалистов и Пленум правления Российского общества психиатров. За последние три года Российское общество психиатров добилось больших успехов в своем институциональном развитии, удалось воссоздать региональную сеть Общества, многие региональные отделения прошли юридическую регистрацию. На сегодня членами РОП являются 8,5 тысяч врачей-психиатров страны, т.е. больше чем 50 % работающих врачей-психиатров. Большая работа была проведена региональным представителем ВПА проф. П. В. Морозовым по интеграции всех психиатрических обществ 10-й зоны, организации обмена опытом и выработке стратегий развития психиатрической службы. К сожалению, как всегда не хватило времени на дискуссию, и многие острые вопросы состояния психиатрической службы, бедственного материально-технического положения психоневрологических интернатов во многих регионах страны, проблемы лекарственного обеспечения пациентов в связи с внесением изменений в законодательство о профилактике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ и др. так и повисли в воздухе.

Нельзя не отметить блестящую организационную подготовку конференции главным врачом Самарской ОПБ М. С. Шейфером, а также хорошо организованную службу психиатрической помощи Самарской области, с которой могли познакомиться участники конференции. Этот уже не первый опыт проведения ежегодных общероссийских конференций в крупных центрах оказался очень плодотворным.

Защита прав детей, проживающих в интернатных учреждениях

Проблема соблюдения прав воспитанников детских домов и интернатов давно привлекает внимание общества. Неправительственные организации, работающие в этих учреждениях, часто сообщают о незаконном помещении воспитанников этих учреждений в психиатрические больницы в качестве наказания. Проводимые проверки, как правило, не находят никаких нарушений, и дело ограничивается указанием на мелкие недочеты в оформлении медицинской документации. НПА России неоднократно принимала участие в таких проверках (Пермь, Челябинск, Московская область и др.) и отмечала, что при помещении ребенка в психиатрический стационар следует решать не только вопрос о наличии или отсутствии психического расстройства, но и о том, возможно ли оказание психиатрической помощи во внестационарных условиях. При этом следует учитывать, что интересы законного представителя в лице администрации интерната могут не всегда совпадать с интересами несовершеннолетнего воспитанника.

Очередная проверка ситуации с помещением воспитанников интернатных учреждений в психиатрический стационар была проведена в Красноярском крае 28 – 29 октября 2013 г. По просьбе Уполномоченного по правам детей в Красноярском крае А. Д. Комович НПА России сформировала команду, состоящую из детских психиатров, медицинского психолога и специалиста по социальному сопровождению детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Такая мультидисциплинарная команда смогла внимательно изучить ситуацию, проанализировать медицинские документы, побеседовать с воспитанниками, прошедшими лечение в ККПНД № 1 г. Красноярск и высказать свои предложения по решению проблем, поднимаемых общественными организациями. Вновь, как и в других регионах, было показано, что одной из основных причин частого помещения детей в психиатрический стационар, является недостаточная организация амбулаторной психиатрической помощи нуждающимся в ней воспитанникам интернатных учреждений. Власти Красноярского края проявили большое внимание к результатам проверки, о чем свидетельствует представительный круглый стол, организованный по ее окончанию. Удалось наладить конструктивный диалог между гражданским обществом, уполномоченным по правам человека в Красноярском крае, представителями министерства здравоохранения и министерства образования, что позволяет надеяться на скорейшее разрешение существующих проблем. Поскольку данная проблема является типичной для многих регионов страны, публикуем заключение, подготовленное по результатам проверки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

по результатам проверки случаев помещения в психиатрический стационар воспитанников интернатов и детских домов Красноярского края

Комиссией в составе: руководителя отдела психической патологии детского и подросткового возраста ФГБУ Московский НИИ психиатрии МЗ РФ Е. В. Кореня, ведущего научного сотрудника ФГБУ Московский НИИ психиатрии МЗ РФ Т. А. Куприяновой, исполнительного директора Независимой психиатрической ассоциации России Л. Н. Виноградовой, эксперта по правам детей НПА России Е. И. Цымбала, психолога Кризисного центра “Верба” Н. Н. Щербакова, заведующей кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ МЗ РФ М. А. Березовской, заведующей детско-подростковым отделением КГБУЗ ККПНД № 1 Е. А. Володенковой по поручению Уполномоченного по правам ребенка в Красноярском крае А. Д. Комович и по согласованию с Уполномоченным по правам человека в РФ В. П. Лукиным 28 – 29 октября 2013 г. проведена проверка соблюдения прав воспитанников интернатов и детских домов при оказании им стационарной психиатрической помощи в условиях ККПНД № 1 г. Красноярск.

Проверка осуществлялась на основании доверенностей, выданных Уполномоченным по правам человека в РФ, с согласия законных представителей воспитанников детских домов-интернатов и личного согласия подростков старше 15 лет.

По представленным данным численность детского населения (0 – 18 лет) по Красноярскому краю составляет 549 521 детей, за психиатрической помощью ежегодно обращается около 35 тысяч человек.

Структура детской психиатрической службы края представлена внебольничной и стационарной помощью, оказываемой детскому населению на всей территории Красноярского края.

Внебольничная психиатрическая помощь включает в себя кабинеты амбулаторного приема детей и подростков, входящие в состав психоневрологических диспансеров и многопрофильных поликлиник городов и районов края в 48 административно-территориальных образованиях (в последних работают в основном взрослые психиатры), а также дневной стационар для детско-подросткового контингента на 100 мест в г. Красноярске и на 20 мест в г. Минусинске.

Стационарная помощь представлена психиатрическими стационарами круглосуточного пребывания больных общей коечной мощностью 145 детских коек, в т.ч. 45 коек головного подразделения Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1 (г. Красноярск), детское отделение на 40 коек в

филиале № 6 (п. Атаманово), 30 детских коек в филиале № 7 (г. Ачинск). КГБУЗ “Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5” (г. Норильск) имеет в своем составе 30 психиатрических коек для детского населения г. Норильска.

На долю детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, в 2011 г. приходилось 55 % всех стационарных психиатрических коек, в 2012 г. — 44 % и в 2013 г. — 39 %. Таким образом, за последние два года значительно сократилось доля сирот, помещаемых в психиатрические стационары. Средняя длительность пребывания в психиатрическом стационаре также сократилась с 57 в 2011 г. до 30 дней в 2013 г. В то же время, воспитанники интернатов и детских домов госпитализируются в психиатрические стационары на порядок чаще, чем дети, воспитывающиеся в семьях, что не может не вызывать обеспокоенности.

Госпитализация детей проводится в соответствии с Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, с обязательным письменным информированным согласием законных представителей на госпитализацию и медикаментозное лечение детей в условиях психиатрического стационара, а по достижению 15-ти летнего возраста пациент сам дает письменное согласие на госпитализацию и лечение. О соблюдении норм действующего законодательства свидетельствует и то обстоятельство, что в 17 % случаев Краевой КПНД и его филиалы отказали администрации интернатных учреждений в госпитализации детей в виду отсутствия достаточных оснований для лечения в условиях стационара.

Госпитализация пациентов в детское отделение психиатрического стационара осуществляется по направлению участкового психиатра. Приказом КГБУЗ ККПНД № 1 № 7 от 30.01.2013 определены показания к госпитализации детей в детские отделения круглосуточных психиатрических стационаров ККПНД № 1. При поступлении ребенка в отделение в течение 48 часов врачебная комиссия в составе заместителя главного врача по лечебной работе, заведующего отделением и лечащего врача проводит комиссионный осмотр больного с обоснованием необходимости госпитализации. Вопрос о необходимости продолжения стационарного лечения, его обоснованности также решается комиссионно 1 раз в месяц. Каждому пациенту проводится клиническое, параклиническое и лабораторное обследование. При этом следует отметить, что критерии для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в приказе КГБУЗ ККПНД № 1 № 7 от 30.01.2013 сформулированы недостаточно четко и нуждаются в уточнении.

Из двух проверенных интернатных учреждений (СКШИ № 3 и Детский дом-интернат “Самоцветы”) лишь одно имело лицензию на медицинскую деятельность, но в нем работал врач-психиатр из ККПНД № 1 как внешний совместитель на 0,25 ставки. Во втором

учреждении лицензии не было, работал врач-психиатр как внешний совместитель на 0,25 ставки. Подобная ситуация имеет место и в других учреждениях. В результате, амбулаторная психиатрическая помощь воспитанникам интернатных учреждений в необходимом объеме фактически не оказывается, включая наблюдение у психиатра и выполнение рекомендаций по поддерживающей медикаментозной терапии после выписки из стационара. Услугами дневного стационара дети также не могут пользоваться из-за удаленности расположения его и недостатка транспорта.

В ходе выборочной проверки с целью определения обоснованности клинических показаний к госпитализации в ККПНД № 1 проанализирована соответствующая медицинская документация, включая наличие согласия на госпитализацию и лечение и истории болезни 5 детей и подростков, ранее проходивших стационарное лечение, целесообразность которого вызвала сомнения у представителей общественных организаций, курирующих воспитанников интернатных учреждений. В двух случаях изучение медицинских документов было дополнено клинической беседой непосредственно с детьми в условиях интерната.

Знакомство с медицинской документацией детей — воспитанников интернатных учреждений показало, что наиболее распространенным основанием для госпитализации являются выраженные поведенческие нарушения (драки, грубость, нецензурная брань, кражи, побеги, отказ от обучения). При этом, сведения об указанных нарушениях врач-психиатр, принимающий решение о госпитализации, получает со слов представителей учреждения и характеристики из учреждения. Эта информация не детализирована и не конкретна, что зачастую не позволяет оценить ее объективность. Также недостаточно представлены сведения о проведении и результатах применения всех доступных способов немедикаментозной коррекции поведения и предпринятых попытках медикаментозного лечения имеющихся психических нарушений в амбулаторных условиях.

К., 15 лет.

Диагноз: Умственная отсталость легкая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода или лечения. Диагноз поставлен в 10 лет.

Неоднократно госпитализировался в ККПНД в связи с выраженными нарушениями в поведении, последняя госпитализация с 14.10.2013 по 25.10.2013. Был стационарирован в связи с агрессивным поведением и грубостью по отношению к младшим воспитанникам и воспитателям, частыми уходами из интерната на несколько дней, когда бродяжничал, употреблял спиртные напитки, вдыхал пары бензина. В школе в течение 2-х лет занимался с психологом, но явной положительной динамики в поведении не отмечалось. Жесткий педагогический контроль также не дал ре-

зультатов. Некоторое время и недостаточно регулярно, только находясь в стационаре, получал невысокие дозы нейролептиков (неулептил), что также не дало выраженного и стойкого положительного эффекта. С целью проведения более активной медикаментозной терапии, направленной на коррекцию поведенческих расстройств, а также — удаления пациента из дезадаптирующей ситуации, подросток был направлен на стационарное лечение, что привело к положительным результатам в плане некоторого улучшения поведения, но требующим поддерживающего амбулаторного лечения.

Г., 12 лет.

Диагноз: Умственная отсталость легкая со значительными нарушениями поведения, требующими ухода или лечения. Диагноз поставлен в дошкольном возрасте.

С 2 — 3 лет находится в различных детских домах и интернатах, и везде отмечается крайне неуравновешенное поведение ребенка с частыми вспышками психомоторного возбуждения, агрессивностью, конфликтностью, грубостью. При этом достаточно тревожен, не уверен в себе и своих силах, что усугубилось, так же как и нарушения поведения, после пребывания в туберкулезном санатории (ребенок был инфицирован туберкулезом). Находился на обследовании и лечении в ККПНД однократно — с 31.07.2012 по 13.11.2012. Был госпитализирован в связи со стойким и выраженным агрессивным поведением, частыми приступами психомоторного возбуждения, сопровождающимися грубостью, нецензурной бранью, иногда — криком и плачем. Назначенное в стационаре медикаментозное лечение, направленное на скорейшее купирование поведенческих расстройств, является вполне адекватным.

С., 13 лет.

Диагноз: Социализированное расстройство поведения.

Находился на обследовании и лечении в ККПНД однократно с 30.11.2012 по 25.02.13. Госпитализирован в связи с выраженными поведенческими нарушениями, лживостью, воровством, сексуальной расторможенностью (использовал игрушки для имитации полового акта на глазах у других детей), употреблением психоактивных веществ. В течение месяца до госпитализации получал амбулаторное лечение, которое оказалось не достаточно эффективным. В стационаре, в процессе терапии, поведение стало более спокойным и упорядоченным. После выписки из стационара более 8 месяцев отмечается достаточно стойкая ремиссия, посещает школьные занятия, патронатную семью. Выраженных нарушений поведения не отмечается.

П., 15 лет.

Диагноз: Органическое непсихотическое расстройство со снижением познавательных способностей.

Находился на обследовании и лечении в ККПНД дважды, последняя госпитализация с 11.12.2012 по 18.02.13. Был госпитализирован бригадой Скорой помощи (СПБ) в сопровождении инспектора по делам несовершеннолетних. При госпитализации был крайне возбужден, избивал младших детей, грубил и был агрессивен по отношению к воспитателям, сломал дверь, вербальная коррекция была неэффективна, наоборот, становился еще более агрессивным. Из анамнеза известно, что в июле 2012 года совершил противоправное деяние, предусмотренное ч. 1 ст. 119 УК РФ, в течение 30 суток находился в ЦВСНП. Назначенное медикаментозное лечение в полной мере адекватно и направлено на скорейшее купирование выраженных поведенческих расстройств.

Г., 16 лет.

Диагноз: Шизотипическое личностное расстройство.

Девочка в раннем возрасте была удочерена, однако затем семья отказалась от удочерения. С того времени воспитывается в детских домах и интернатах. Находилась на обследовании и лечении в ККПНД трижды, последняя госпитализация с 13.09.2013 по 28.10.13 была обусловлена депрессивным состоянием девочки, поведенческими нарушениями, бродяжничеством, выраженным негативизмом, высоким уровнем тревожности. В анамнезе отмечена суицидальная попытка. Проведение медикаментозной коррекции в рамках интерната затруднено в связи с отсутствием там психиатра.

Таким образом, во всех представленных для проверки случаях у детей имели место психические расстройства, требующие психиатрического лечения. Во всех историях болезни также наличествовало письменное согласие на госпитализацию законных представителей, а в случае госпитализации подростка, достигшего 15-летнего возраста его собственное согласие. Вместе с тем, следует отметить, что в форме согласия на лечение ребенка не указан вид предлагаемого лечения, что может косвенно свидетельствовать о недостатках проведения самой процедуры получения согласия на лечение с разъяснением в доступной для больного, в соответствии с законом о психиатрической помощи, форме информации о предстоящем лечении, включая также, при необходимости, информацию о смене терапии.

В большинстве рассмотренных комиссией случаев в структуре имевшихся на момент госпитализации психических нарушений значительное место занимали стойкие и клинически выраженные расстройства поведения, являвшиеся клиническим показанием для их купирования в условиях стационара, на что также указывает повторный характер госпитализации в двух случаях. У одного больного показанием к стационарному лечению явилась необходимость назначения и проведения медикаментозной терапии с уче-

том высокого риска формирования суицидального поведения (суицидальная попытка в анамнезе), что в силу сложившейся клинической практики не могло быть реализовано в условиях амбулаторной психиатрической помощи.

Продемонстрированная администрацией ККПНД № 1 г. Красноярска готовность к сотрудничеству позволила комиссии в полной мере оценить наличие клинических показаний на момент госпитализации в психиатрический стационар воспитанников интернатов и детских домов, как на основании представленной документации, так и бесед с больными, что дает основания для заключения комиссии об обоснованности в подвергшихся проверке случаях помещения детей и подростков на стационарное психиатрическое лечение, и соблюдении их прав при оказании психиатрической помощи в условиях ККПНД № 1 г. Красноярска.

Вместе с тем, комиссия пришла к единодушному мнению, что, несмотря на то, что все стационарирования были оправданы, во всех случаях была возможность снизить риск ухудшения состояния на начальных этапах формирования клинически очерченных расстройств поведения при адекватной амбулаторной терапии, как медикаментозной, так и с использованием методов психолого-педагогической коррекции.

Рекомендации:

1. Обеспечить оказание амбулаторной помощи всем нуждающимся в ней воспитанникам интернатных учреждений. Один из возможных путей — создание дневного стационара на базе СКШИ № 3, для чего необходимо ставки врачей-психиатров перевести из образовательных учреждений в диспансер и заключить договор между образовательным учреждением и ККПНД № 1 об оказании амбулаторно-поликлинической психиатрической помощи на базе интернатного учреждения.

2. Рассмотреть вопрос об обучении педагогических работников интернатных учреждений, в которых содержатся дети и подростки с психическими расстройствами, основам психиатрических знаний, необходимым для организации воспитательного процесса.

3. Воспитателям и педагогам-психологам интернатных учреждений необходимо описывать в ведущей ими документации конкретные нарушения поведения воспитанников (дата, особенности действий, причина, реакция на корректирующие воздействия). Это обеспечит объективность характеристик, предоставляемых интернатными учреждениями на воспитанников при госпитализации

4. В приказе по КГБУЗ ККПНД № 1 более четко определить показания для оказания стационарной психиатрической помощи детям и подросткам.

5. При госпитализации подростков достигших 15-летнего возраста, в том числе с умственной отсталостью, обеспечить большую тщательность проведения процедуры получения согласия на стационарное лечение и информирования о предлагаемых методах лечения.

6. При принятии решения о целесообразности стационарного лечения врачам-психиатрам более четко прописывать в истории болезни наличие клинических критериев диагностики психических расстройств поведения, приводящих к стойкой и глубокой социальной дезадаптацией (структура психических нарушений — повышенная аффективная возбудимость, психомоторное возбуждение, расстройства влечений и т.д., а также указывать, в чем конкретно проявляется выраженность, тяжесть и стойкость поведенческих расстройств с указанием причин, препятствующих проведению индивидуальной реабилитационной программы).

7. При необходимости купирования имеющих выраженных расстройств поведения у детей с умственной отсталостью в условиях психиатрического стационара длительность госпитализации не должна превышать одного месяца.

8. Госпитализация в ККПНД детей и подростков до 18 лет из интернатных учреждений должна осуществляться решением врачебной комиссии в составе трех врачей-психиатров, что должно быть зафиксировано в истории болезни.

9. Госпитализация детей из интернатных учреждений, страдающих умственной отсталостью со значительными нарушениями поведения, требующими ухода или лечения, должна осуществляться только в тех случаях, когда все доступные методы немедикаментозной коррекции поведения и адекватная медикаментозная терапии в амбулаторных условиях оказались недостаточно эффективными, что должно быть зафиксировано в соответствующей документации с указанием способов и длительности терапевтических вмешательств.

10. Рассмотреть вопрос о создании попечительского совета при ККПНД № 1.

11. Содействовать укреплению связи интернатных учреждений края с общественными организациями, оказывающими социально-реабилитационные услуги детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

12. Способствовать созданию Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, расширять связь с организациями, защищающими права пациентов.

Три открытых письма по делу Михаила Косенко

Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукину

Глубокоуважаемый Владимир Петрович!

8.10.13 Замоскворецкий суд г. Москвы вынес решение по громкому делу Михаила Косенко, участника оппозиционного митинга на Болотной площади. Его дело было выделено в отдельное судопроизводство, в связи с тем, что он в течение 12 лет регулярно амбулаторно лечился в ПНД и имеет вторую группу инвалидности, т.к. не в состоянии длительно заниматься какой-либо регламентированной деятельностью.

Эксперты Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского на основании короткой беседы не только резко утяжелили диагноз и тип течения заболевания, но совершенно искусственно сочли Косенко “опасным для себя и окружающих” на основании исключительно вмененной ему и недоказанной вины, более того, как выяснилось, не соответствующей действительности (имеется видеозапись, подтверждающая отсутствие насилия со стороны Косенко, а “пострадавший” омоновец на суде не опознал Косенко). Но чтобы не развалить дело потребовалась помощь психиатрической экспертизы.

За последние 20 лет я не знаю случая, когда бы Центр им. Сербского признал свою экспертную ошибку. В конкретном деле Михаила Косенко во всей полноте воскресла советская практика использования психиатрии в политических целях. Участие в оппозиционном митинге, политический характер вопросов и соответствующих ответов на экспертизе, открытая критика современной власти в заключительном слове, хотя не назывались впрямую опасностью, но явно таковой являлись. По всем имеющимся данным миролюбивый человек, инвалид второй группы, направлен на принудительное стационарное лечение, при том что аккуратно принимал лечение амбулаторно в течение 12 лет.

Хочу обратить Ваше внимание, что не первый раз психически больные оказываются жертвой формулировки в законе, запрещающей экспертам подвергать сомнению представленные следствием и судом данные о якобы совершенном уголовно наказуемом деянии. Так, несколько лет назад в Краснодарском крае три года находился на принудительном лечении психически больной, обвиненный в убийстве сестры и признанный невменяемым. Через три года сестра объявилась, но никто не ответил за эту возмутительную ошибку. Менее ярких дел очень много. Этим положением эксперты поставлены в нелепое положение, когда даже в совершенно очевидных случаях вынуждены исполнять это требование, грубо нарушая права людей с психическими расстройствами.

Просим Вас использовать имеющиеся у Вас возможности, чтобы, по крайней мере, оспорить негуманное решение суда о помещении Михаил Косенко на принудительное стационарное, а не амбулаторное лечение. Косенко не представляет опасности, никогда не отказывался от амбулаторного лечения, в то время как лечение в закрытом стационаре для принудительного лечения ухудшит его психическое состояние.

Просим вас также инициировать изменения в Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, чтобы в числе обязанностей экспертов было закреплено требование о недопустимости проведения экспертной оценки психического состояния и поведения подэкспертного, основываясь на презумпции доказанности тех обстоятельств, которые указаны в постановлении о привлечении лица в качестве обвиняемого.

30 октября 2013 г.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Открытое письмо в Российское общество психиатров по делу Михаила Косенко Председателю Правления РОП проф. Н. Г. Незнанову и председателю Этического комитета РОП проф. Е. В. Снедкову

Глубокоуважаемые Николай Григорьевич и Евгений Владимирович!

8 октября 2013 года суд Замоскворецкого района г. Москвы вынес решение по громкому делу Михаила Косенко, участника оппозиционного митинга на Болотной площади, полностью проигнорировав мои детальные разъяснения по поводу грубых передергиваний амбулаторной СПЭ Государственного научного Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

“Нет оснований не доверять мнению государственных экспертов”, а “специалист не вправе оценивать и критиковать их заключение”. Такова формула, которая окончательно хоронит состязательность, а значит независимость экспертизы, без чего она не экспертиза вовсе. Таков логический и практический результат вектора развития, начавшегося с 1995 года и который в данном случае полностью воскресил в конкретном случае дела Михаила Косенко советскую практику использования психиатрии в политических целях: запугать оппозицию непреклонной жестокостью принимаемых мер вопреки логике, праву и здравому смыслу.

Нам остается в собственном профессиональном сообществе добиться единства позиций относительно поведения в ситуациях административного и всякого другого давления.

Пример поведения экспертов в деле Михаила Косенко особенно показателен. Это:

– резкое утяжеление диагноза (с “вялотекущей неврозоподобной шизофрении” на “параноидную шизофрению”) с игнорированием типа течения заболевания и введение суда в заблуждение утверждением одного из экспертов, вызванных в суд, что оба диагноза “все равно шизофрения”. Никаких свидетельств “непрерывного течения с обострениями” в констатирующей части заключения не содержится, однако это утверждение вдруг появляется в концовке, т.е., эксперты фальсифицировали тип течения заболевания, удостоверенный 12-летним наблюдением диспансера и регулярно аккуратно принимаемым легким лечением (сонапакс и золофт);

– и совершенно произвольная квалификация опасности, грубого расстройства мышления, выхолащивания эмоциональной сферы, апато-абулического дефекта, неадекватность чего очевидна даже непрофессионалам.

“Опасность для себя и окружающих” грубо противоречит упоминанию в констатирующей части, что Косенко никогда в течение жизни не проявлял агрессивных тенденций, и основывается исключительно на вменении ему недоказанной вины.

Четкое целеустремленное на высоком категориальном уровне мышление было продемонстрировано Косенко как в ходе судебного заседания, так и в заключительном слове, опубликованном в “Новой газете”. Нагромождение всех видов бреда, вплоть до наличия у Косенко парафренного бреда, упорно отстаиваемое экспертом Центра им. Сербского в суде, противоречит всем общепринятым критериям.

Эмоциональному выхолащиванию противоречат письма к матери из СИЗО, а также живые и адекватные эмоциональные реакции на судебном процессе.

Апато-абулический дефект не совместим с самим добровольным актом участия в митинге, мобилизацией в стрессовых условиях содержания в СИЗО и в суде, где он занимал активную самостоятельную позицию, нередко не совпадающую с советами адвоката.

Эксперты решительно высказались, что *“психическое расстройство лишило Косенко М. А. в период инкриминируемых ему деяний способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время по своему психическому состоянию Косенко М. А. не может понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, не способен к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей, не мо-*

жет участвовать в судебно-следственных действиях”.

Антигуманным является уклонение экспертов от вопроса *“ухудшится ли психическое состояние Косенко в условиях СИЗО”* и предложение послать его на принудительное лечение не амбулаторного, а стационарного типа.

Что делать профессиональному сообществу, когда его члены, выступая в качестве экспертов, манипулируют профессиональными данными, осознано и целенаправленно вводя суд в заблуждение? Когда они вместо нейтральной позиции занимают прополицейскую позицию, покорно идя на поводу у следствия? Когда в ситуации конфликта интересов они отказываются в очевидных случаях брать на себя ответственность, предписываемую их базовой профессией врача? Когда они явным образом игнорируют и нарушают Инструкцию по написанию судебно-психиатрического заключения? Когда мы сталкиваемся с очевидным давлением следствия — не разваливать дело, помочь следствию за счет судьбы подэкспертного?

8.10.13 на меня обрушился шквал звонков российских и зарубежных СМИ относительно дела Косенко — отрадное равнодушие к судьбе конкретного человека в ситуации грубой лобовой атаки следствия. В своем выступлении в суде я детально разъяснил суду несостоятельность экспертного заключения и просил направить Косенко на дополнительную стационарную СПЭ в Центр им. Сербского в новом составе, чтобы дать возможность не уронить репутацию Центра из-за торопливой небрежности экспертов. Я подчеркивал, что достаточно перевести текст заключения на английский язык, чтобы вызвать международный скандал, роняющий репутацию нашей страны. Но вместо государственного подхода, индивидуализации этого случая как особого, судья действовала по шаблону и сама проявила небрежность, отказав в “повторной экспертизе”. Вся происходящая шумиха была легко прогнозируема и состоялась из-за прямолинейного лобового силового давления следствия и прокуратуры на экспертов и суд. Мы рассматриваем это давление как разращение экспертов, в данном случае, публичное, не считающееся с международным резонансом.

Обращаясь с этим открытым письмом, мы имеем в виду:

– рассмотрение этого вопроса необходимо провести на совместном заседании этических комитетов РОП и НПА России;

– решение возникшей коллизии не может рассматриваться вне контекста всей ситуации;

– общим, удовлетворяющим все стороны решением, было бы на наш взгляд, очередное подтверждение призыва Уполномоченного по правам человека в РФ В. П. Лукина в 2003 г. по делу Л. Арап к властям одернуть недальновидных функционеров, прибегаю-

щих к помощи психиатрии. Психиатры оказываются здесь просто крайними.

31 октября 2013 г.

Президент Независимой психиатрической ассоциации России Ю. С. Савенко

Открытое письмо НПА России во Всемирную Психиатрическую ассоциацию

Всем хорошо памятно беспрецедентное по масштабам в истории психиатрии использование психиатрии в политических целях в Советском Союзе, длившееся более 20 лет в 60–80-х годах. Это стало основанием для решения об исключении советской психиатрии из ВПА. Впоследствии было сформулировано пять условий возвращения Всесоюзного общества психиатров в ВПА:

- признать злоупотребления;
- реабилитировать пострадавших;
- сменить руководство психиатрии;
- принять закон о психиатрической помощи;
- принимать инспекции ВПА.

Эти условия формально были выполнены.

Настоящее обращение в ВПА связано с двумя обстоятельствами.

Во-первых, неисполнением более 20 лет с момента принятия закона о психиатрической помощи (1992) одной из его фундаментальных статей (ст. 38: “государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”), которая является гарантией исполнения закона для всех стационарных пациентов. Вопреки активным усилиям обоих профессиональных обществ, пациентских и общественных организаций, вопреки активной поддержке Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, вопреки тому, что мы за эти годы, обойдя множество препятствий, разработали конкретный пилотный проект для трех регионов, что на обращение об этом съезда всех психиатров России Уполномоченный получил положительную резолюцию Президента Путина еще в 2005 году, это дело не сдвинулось с места. После нашего обращения в Прокуратуру в 2011 г. началась имитация активности на

низовом уровне с нуля и откровенно бесконечная волокита, уже бессмысленно поглотившая массу времени и сил.

Второе обстоятельство, заставившее нас обратиться с этим открытым письмом, это воскрешение в конкретном случае участника оппозиционного митинга на Болотной площади в Москве в мае 2012 г. Михаила Косенко советской практики использования психиатрии в политических целях. За этим стоят механизмы, давно отлаженные на массовых имущественных делах, монополизация судебной психиатрии в Государственном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, в главное — уничтожение нарождавшейся в начале 90-х годов состязательной экспертизы. В судах действует негласная установка: государственные эксперты всегда правы, а специалисты не вправе оценивать и критиковать государственных экспертов. Самые грубые профессиональные нелепости, представляющие явное манипулирование профессиональными знаниями, подробно разъясняемые судам, не принимаются в счет.

В случае М. Косенко в обоснование своей позиции эксперты настаивали, что шизотипическое расстройство все равно шизофрения, что Косенко опасен на основании исключительно вмененной ему вины, которая осталась недоказанной, что человек, добровольно аккуратно принимавший амбулаторно легкую поддерживающую терапию подлежит недобровольному стационарному лечению, вопреки высокому риску обострения заболевания в условиях закрытого стационара для принудительного лечения.

НПА России просит направить инспекционную комиссию для исследования целого ряда дел, которые публиковались в Вестнике нашей Ассоциации — Независимом психиатрическом журнале, а на первых порах — выразить официальную озабоченность содержанием нашего письма.

Без солидарной международной поддержки коллег, объединенных в ВПА, решить эти проблемы невозможно, а они определяют вектор дальнейшего развития психиатрии в нашей стране.

2 декабря 2013 г.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Post scriptum последней строкой в уходящий выпуск.

Первое письмо было принято к сведению, второе проигнорировано, третье вызвало бурю негодования у председателя Этической комиссии Российского общества психиатров проф. Е. В. Снедкова, хотя все, что в нем было сказано, опубликовано год назад в нашем журнале (2012, 4). Бурю вызвал факт самого обращения в ВПА. В результате, через день после награждения в День прав человека 10 декабря нашего главного редактора премией Московской Хельсинкской группы в номинации “За исторический вклад в защиту прав человека и в правозащитное движение” 12 декабря он заочно, вопреки просьбе не рассматривать дело в его отсутствие и соблюсти паритет двух Этических комиссий, был осужден за “подрыв авторитета психиатрического сообщества в целом”. Стиль, тон и содержание этого “Постановления” выдал возрождение советского духа и подтвердил закономерность парадоксов: дискредитацию отечественной психиатрии совершила сама Этическая комиссия — о судьбе больного на пяти страницах там нет ни слова.

Конференция Международного Мемориала

25 – 26 сентября в помещении Международного Мемориала в Москве (Каретный ряд 5/10) состоялась конференция “Память о Холокосте в современной Европе”, тематику которой президент Московского отделения историк Арсений Рогинский расширил, включив “память о советском терроре в нашем современном сознании”. Если представители Германии и других европейских стран говорили о том, что Холокост в их странах стал главной точкой отсчета послевоенной истории, то, как засвидетельствовал Борис Дубин, в России такой точкой стала “наша” Победа в “Великой отечественной войне”, а не Второй Мировой войне. Ни Холокост, ни ГУЛАГ не стали фактом российского массового сознания, их там просто нет. — “Победили бы и без союзников”. Таким образом, это “проигранная победа”, которая не увеличила свободы и достоинства, не стала как в остальном мире общим, объединяющим всех символом чудовищности Холокоста, а только “нашим” сконструированным АЛИБИ. — Нас там не было. Победа заслоняет все, и ГУЛАГ, и саму правду о войне. А если опыт не перешел в культуру, он гибнет. В России эта связь разрублена и выстроена совсем другая конструкция. Как отметил директор Московского бюро Фонда им. Генриха Бёлля Йенс Зигерт, в России главной точкой отсчета стала Обида за последствия войны, — проигравшие живут лучше. Зримым выражением изложенного стали наши и западные послевоенные мемориала-

лы, победные и трагические. Памятник Холокосту в Гамбурге представляет мягкую свинцовую плиту, на которой можно написать, что угодно, даже оскорбления, постепенно плита уходит в землю, там внизу — музей. В Старом Брюкке создана Площадь невидимого памятника: на обратной стороне каждого булыжника, которыми она вымощена, выбиты имена погубленных — знание не на поверхности.

В России памятником ГУЛАГУ стало, прежде всего, творчество Варлама Шаламова. Его — “я ненавижу литературу” сродни “после Освенцима невозможно писать стихи” Теодора Адорно. “За-человечность Холокоста не вмещается в человеческой памяти”.

До конца 50-х годов тема Холокоста замалчивалась и на западе и проделала пять этапов. Переломным стал процесс Эйхмана. Взрыв интереса к Холокосту отмечался в середине 70-х гг. и в ГДР. И сейчас, по свидетельству Норберта Фрайя (Иена), по этой теме нет различий между Западной и Восточной Германией, больше нет споров. Огромную роль сыграли фильмы “Холокост” и “Наши отцы и наши матери”. Совсем иначе обстоит дело в России. Президент российского Фонда “Холокост” Алла Гербер сообщила, что месяц назад администрация Ростова-на-Дону распорядилась снять надпись “памяти Холокоста” на памятнике в Змеевской балке — месте массового уничтожения евреев. Никакие усилия Фонда не вернули ее.

Третья международная конференция по новым психоактивным веществам

15 – 16 мая 2014 г., Рим, Италия

Подача тезисов до 31.01.2014

<http://www.novelpsychoactivesubstances.org>

Нейробиология и комплексное лечение психиатрических расстройств и зависимостей

5 – 7 июня 2014 г., Варшава, Польша

Тел.: +420 284 001444; факс: +420 284 001448

E-mail: wpatewarsaw2014@guarant.cz

www.wpatewarsaw2014.com

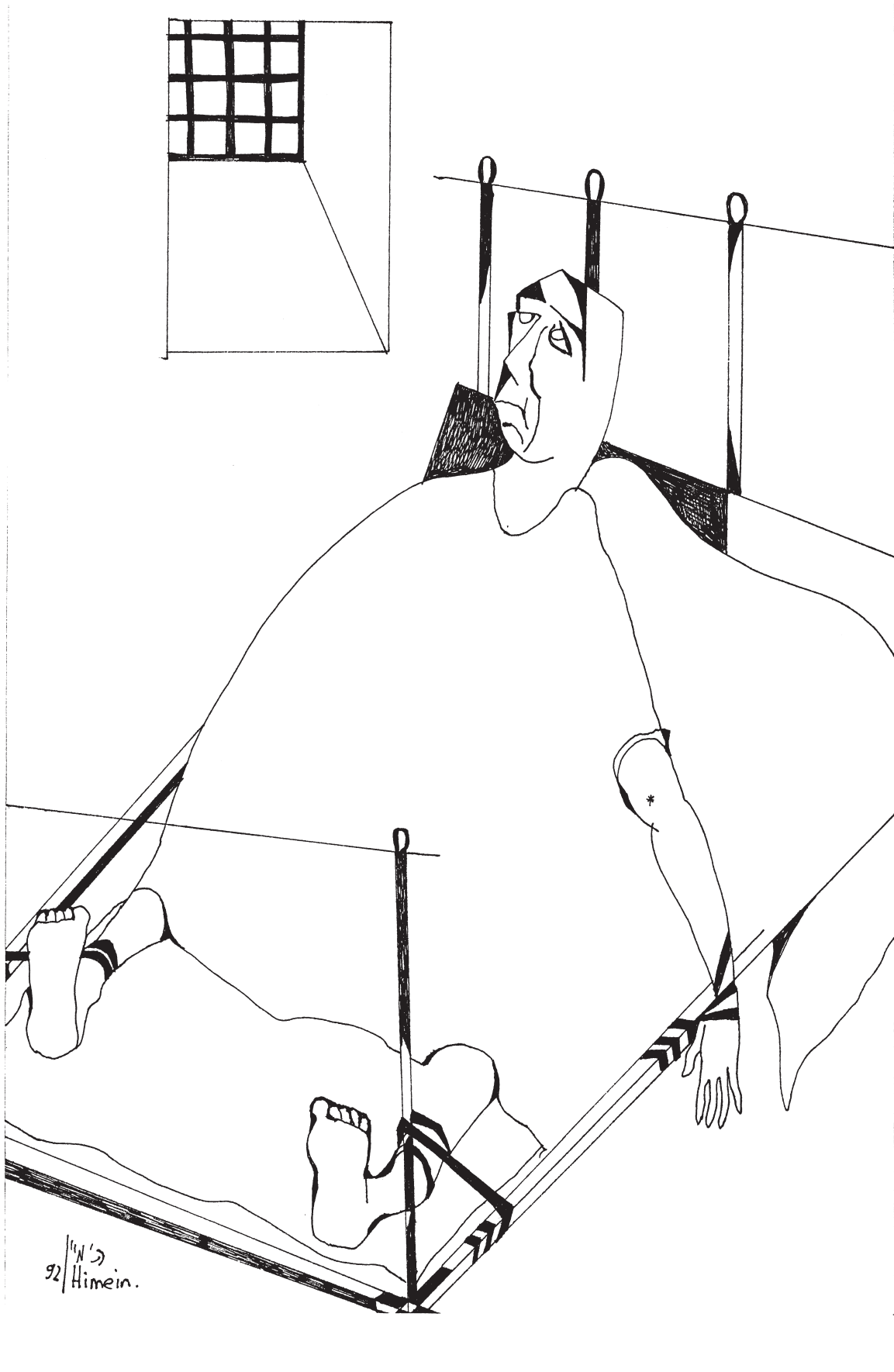
Моше Гимейн Два рисунка из серии “В больнице”

Мы воспроизводим два из серии 11 рисунков, переданных в дар НПА России известным израильским художником российского происхождения Моше Гимейном, сделанных в России на основе собственного опыта лечения “за” или “от” вдохновенных молитв еще в советскую пору.

Моше Гимейн родился в Казани в 1949 г., закон-

чил Казанский художественный институт. Участвовал в российских и международных выставках. Его работы есть в коллекциях Джими Картера (США), Де-Клерка (ЮАР), Франсуа Миттерана (Франция), Одсона (Исландия), в собраниях музеев Израиля. Репатриировался в Израиль в 1989 году. Удивительно светлый, светозарный человек.

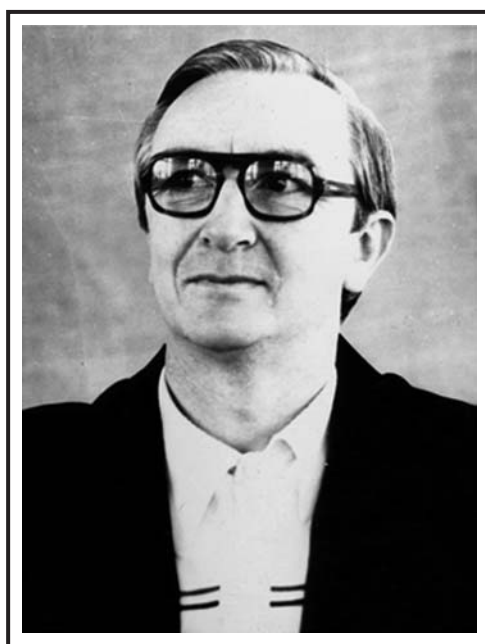




НЕКРОЛОГИ

Станислав Модестович Плотников

(1933 – 2013)



30 ноября 2013 года на 81 году ушел из жизни Заслуженный деятель науки Удмуртской Республики, доктор медицинских наук, член НПА России, активный участник ее образовательных программ, профессор Станислав Модестович Плотников.

Ученик Александра Львовича Лещинского и Валентины Николаевны Белоусовой, Станислав Модестович в 1985 году защитил докторскую диссертацию, посвященную проблеме инволюционных психозов. Научные консультанты — проф. М. М. Кабанов, акад. Г. В. Морозов.

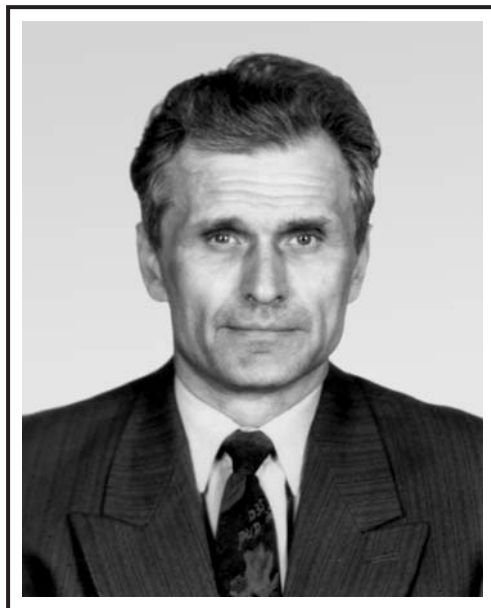
Под руководством С. М. Плотникова подготовлены и защищены две кандидатские диссертации (Ю. В. Ковалев — 1991 г., В. С. Кондаков — 1996 г.). В настоящее время практически все ученики Станислава Модестовича — Ю. В. Ковалев, И. А. Уваров, В. В. Васильев, С. Г. Пакриев — имеют степень доктора медицинских наук, являются преподавателями кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ижевской государственной медицинской академии, которой С. М. Плотников заведовал с 1983 по 1995 гг. После выхода на пенсию Станислав Модестович оставался профессором-консультантом кафедры и членом нескольких диссертационных советов.

С. М. Плотников был одним из ведущих исследователей в области геронтопсихиатрии. Им выдвинута гипотеза о том, что механизмы атерогенеза несут в себе изначально защитные, антиоксидантные функции, стабилизирующие оптимальный темп старения, а не только, как это принято считать, деструктивную направленность. Проф. Плотников — автор двух монографий: “Инволюционный психоз: диагностика, лечение, профилактика” (Горький, 1976 г.), “Истерические маски циклотимии в климактерическом возрасте” (Ижевск, 1992 г.), им опубликовано более 100 научных работ. Будучи членом Президиума Правления Всесоюзного общества психиатров, Станислав Модестович неоднократно выступал с докладами, посвященными проблемам геронтопсихиатрии на съездах и пленумах Правления.

Станислав Модестович был творческой, неординарной личностью, увлекался живописью. Его картины украшают кабинеты врачей Республиканской клинической психиатрической больницы.

В нашей памяти Станислав Модестович останется как человек, сочетающий в себе на редкость мягкую открытую манеру общения, высокую принципиальность и активный творческий потенциал.

Александр Петрович Кольцов (1950 – 2013)



26 октября 2013 года на 64 году жизни скончался Александр Петрович Кольцов — Заслуженный врач РФ, главный внештатный психиатр-эксперт ЦФО, член правления Российского общества психиатров, главный врач Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Баженова, член НПА России, участник ее образовательных семинаров.

Окончив в 1973 году Рязанский медицинский институт им. акад. И. П. Павлова, Александр Петрович с 1978 года много лет работал заведующим организационно-методическим отделом Рязанского областного психоневрологического диспансера. Он внес большой вклад в организацию психиатрической помощи населению области, дважды отмечен благодарностями Министерства здравоохранения. С 1994 года, более 19 лет, Александр Петрович был главным врачом Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Баженова. Под его руководством больница пережила один из самых сложных периодов в своей истории — время кризисных девяностых.

Главной составляющей работы и основным направлением усилий А. П. Кольцова всегда была поддержка трудового коллектива больницы и активное внедрение новых методик фармакотерапии и реабилитационной работы с больными, прогрессивных методов психотерапевтического и психологического воздействия. Рязанская областная психиатрическая больница под руководством А. П. Кольцова стала одним из лучших психиатрических учреждений ЦФО и России, активно развивалось сотрудничество с ведущими научно-исследовательскими учреждениями

страны. На базе больницы неоднократно проводились научно-практические конференции, семинары, тренинги ведущих специалистов в области психиатрии и психотерапии, совещания главных психиатров и руководителей психиатрических учреждений. В 1999 году А. П. Кольцовым основана социальная служба больницы. В 2000 году открыто отделение специализированного типа для принудительного лечения. Введен в строй корпус приемного покоя и лаборатории. В 2004 году при больнице открыт Центр судебно-психиатрических экспертиз. В том же году начала работу одна из первых в России реабилитационных программ защищенного жилья для длительно госпитализированных пациентов “Дом на половине пути”. В 2010 г. введен в строй новый корпус на сто коек для соматопсихиатрического отделения, отделения пограничных состояний, детского отделения. При непосредственном и активном участии Александра Петровича построены новые корпуса Шацкой психиатрической больницы.

Александр Петрович Кольцов пользовался заслуженным авторитетом среди своих коллег — главных врачей психиатрических учреждений России. Его высоко ценили пациенты и их родственники, зная, что его совет поможет найти выход из сложной ситуации. Двери его кабинета всегда были открыты для людей, нуждающихся в помощи. Александр Петрович пользовался заслуженной любовью коллег, всегда старался выслушать, помочь в трудной ситуации советом и делом.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Гуссерль Эдмунд.* Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология — СПб., 2013
- Ясперс Карл.* Духовная ситуация времени. — М., 2013
- Зиммель Георг.* Избранное. Философия культуры. — М. — СПб., 2013
- Великие просветители. Николай Грундтвик. Серен Кьеркегор. — М., 2013
- Рассел Бертран.* Брак и мораль. — М., 2013
- Хюбнер Бенно.* Мартин Хайдеггер — одержимый Бытием. — СПб., 2011
- Арендт Ханна.* Жизнь ума. — СПб., 2013
- Визгин Виктор.* Философия науки Гастона Башляра. — М. — СПб., 2013
- В защиту науки. Комиссия РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований. Бюллетень 12. — М., 2013
- Князева Е. Н.* (ред.). Синергетика: антология. — М. — СПб., 2013

* * *

- Клейн Л. С.* Время в археологии. — СПб., 2014
- Ридли Мэтт.* Происхождение альтруизма и добродетели: от инстинктов к сотрудничеству. — М., 2013
- Романова А. П.* и др. Чужой и культурная безопасность. — М., 2013
- Полян Павел.* Свитки из пепла. — М., Ростов-на-Дону, 2013
- История сталинизма: жизнь в терроре. — М., 2013
- Подорога Валерий.* Время ПОСЛЕ. Освенцим и ГУЛАГ: мыслить абсолютное зло. — М., 2013
- Энциклопедия изгнаний. Брандес Д., Зундхауссен Х., Требст Ш. (ред.) — М., 2013

* * *

- Мак-Нил Уильям.* Восхождение Запада. История человеческого сообщества. — Киев, 2013
- Рабинович Вадим.* Полдень Средневековья. Три вольнодумца: Абеляр — Бэкон - Данте. — М., 2013
- Майстер Хуберт.* Музыкальная риторика: ключ к интерпретации произведений И. С. Баха. — М., 2013
- Чегодаева Мария.* Искусство, которое было. Пути русской книжной графики. 1917 – 1936. — М., 2012

* * *

- Березовский Борис.* Автопортрет или записки повешенного. Под ред. Ю. Г. Фельштинского. — М., 2013

* * *

- Шолом-Алейхем.* В маленьком мире маленьких людей. — М., 2012
- Ремизов Алексей.* Кукха. Розановы письма. — СПб., 2011

Quarter of a century of the IPA of Russia

XIV Congress

The Congress discussed the activities of the Association and general situation in psychiatry including practical work, system of education, organization of professional communities, relations with authorities and so on.

In spite of numerous obstacles the Association has survived without changing its tasks and name, persistently upholding three priorities of its activities which serve as a guarantee of preventing using psychiatry for non-medical purposes:

– in the first, as a matter of fact, professional priority, defending everywhere to be lost clinical positions, clearing up basic in psychiatry phenomenological method, continuing monthly open discussions of clinical cases, renewing conceptual base of psychiatry which is under attack by antipsychiatric movement and, calling by its own name, presented with trumpets so called the reform of psychiatry which will cause to its destruction;

– secondly, the legal priority, where we managed to achieve the revolutionary breakthrough in the sphere of rights of legally incapable persons, as well as to actively participate in law making activities and to continue free legal consultations on all questions connected with observation of rights of citizens in psychiatry;

– in the third priority — struggle for professional autonomy, against putting psychiatry under total state control, — we, in face of increasing movement backwards, made up for forced passive position of the RSP by all means in our disposal. It is in particular the struggle for realization of non-departmental state and public control over condition of residents of closed mental facilities, it is the control by human rights Ombudsmen over psychoneurological hospitals, outpatient centers and boarding schools of Moscow and Moscow region and various regions of the country (Chelyabinsk, Krasnoyarsk, Perm and so on).

The association by its activities made up absence of competitive forensic psychiatric evaluation and demonstrated in the Journal mistakes of state expert activities in typical routine and resonance cases, in part, “Russian Breivik” and figurant of Bolotnaya Ploschad Mikhail Kosenko — the case which became political entirely through the fault of authorities.

The activities of the Public reception room which is consulting citizens on all questions, connected with rendering psychiatric care and the Forum which for more than three years is led by lawyer Julyermo Maricotto have been continued.

Due to social political situation for the last two years the Association was working without grants at all and, consequently, was forced to reduce its activities to minimum. As a result there were no financial means to invite members of the IPA to the Congress from all regions and it was decided to conduct election in electronic regime.

The problem part of the Congress, in stormy discussion, was devoted to data-based medicine in psychiatry, inadmissibility of ignoring specifics of psychiatry, mechanical transfer on it experience of somatic medicine, to attacks on clinical method, to understanding of correlation of categorical

and dimensional approaches, to criticism of ICD-10 and 11, to necessity of renewing methodology of verification of new medicine drugs in relation to new scientific paradigm. The discussion was crowned by consensus of primary polar positions. This problematic, fundamental for establishing psychiatry as the independent subject, has unified the efforts of the IPA of Russia and the RSP which was testified by holding the IPA Congress in the Moscow Research Institute of Psychiatry.

Role of brain inter-hemisphere asymmetry in the origin of psychopathologic symptomatics

V. V. Kalinin

In the review relationship between psychopathological symptomatics and inter-hemisphere brain asymmetry is considered at various neuropsychiatric disorders and syndromes. In this context inter-hemisphere brain asymmetry acts as, some kind of, necessary condition for occurring psychopathological symptomatics. It is emphasized that at the base of one psychopathological syndrome violations in various hemispheres can lie, but meanwhile, it is necessary to take into consideration also some characteristics of premorbid structure of personality, interacting with various neurobiological parameters.

Keywords: inter-hemisphere brain asymmetry, structurally functional organization of a brain, psychopathological symptomatics, premorbid structure of the personality.

About some causes of childhood autism overdiagnosis

B. V. Voronkov, L. P. Rubina (St-Petersburg)

Following the increase of childhood autism diagnosis, its possible sources are examined. The quality of childhood autism diagnostic criteria as well as the causes that are in the core of communication disorders in its different forms are analyzed. The consequences of inclusion in the diseases nomenclature of notions like autism spectrum, atypical autism, autism affinity as well as adoption in the diagnostic practice of the quantifiable values are evaluated. The attention is paid to non-medical factors contributing to the diagnostic boom.

Keywords: communication disorders, prevalence of autism, atypical autism, autism diagnostic criteria, phantom unities.

Involuntary hospitalization: priority of patient's rights to take part personally in juridical procedure of case

Yu. N. Argunova

Under study are norms of the Law directed at security the right of patient to take part in person in court during considering his involuntary hospitalization. Attention is paid to short backs in legislation. The most typical mistakes in the law-enforcement practice testifying to mass nature of violations of procedural laws of citizens by mental health facilities and court are analyzed.

Keywords: mental hospitals, involuntary hospitalization, patient's rights, participation in a court session.